Tom X. Maj 1908. 5.

Czasopismo Lekarskie

Obecny stan wiedzy o guzach noso-gardzielowych oraz przyczynek do kazuistyki omawianych guzów.

Napisał **Dr. D. Helman** (Łódź).

Z całego szeregu spraw chorobowych jamy noso-gardzielowej już oddawna szczególną uwagę zwracały na siebie guzy, znane pod ogólną nazwą „polipów" noso-gardzielowych. Nazwa ta obejmuje grupę nowotworów mniej lub więcej wypełniających jamę noso-gardzielową i biorących swój początek albo ze ścian tworzących jamę noso-gardzielową, albo ze ścian otaczających jamy sąsiednie. Różnorodność tych guzów, ich pochodzenie, rozwój, umiejscowienie w niedostępnej dla oka okolicy, przebieg kliniczny, rozmiary-zasługują na uwagę nie tylko specjalistów.

Do czasów wprowadzenia wziernikowania nosa od tyłu te guzy były operowane przez chirurgów, im też nauka zawdzięcza to wszystko, co o patologji tych guzów wiemy. Obecnie, gdy udoskonalone metody badania dały nam możność rozpoznawania guzów już we wczesnych okresach ich rozwoju, zaczęto stosować mniej skomplikowane zabiegi, unikając możliwie tak niebezpiecznych i zniekształcających operacji, jak rezekcja stała lub częściowa górnej szczęki, rezekcja i odchylanie nosa, przecięcie twardego podniebienia z przedwstępną trocheotomią i t. d., starając się usunąć guzy doszczętnie per vias naturales. Pomimo, iż guzy noso-gardzielowe spotykają się względnie rzadko, literatura tycząca się tego przedmiotu jest tak obfitą i tak przytem bogatą, w najsprzeczniejsze poglądy, że trudno bywa zorjentować się w tym chaosie prac szczegółowych, artykułów, dyssertacji i opisów.

Jama noso-gardzielowa nie stanowi wogóle zbyt częstego siedliska spraw nowotworowych. Pomijając wyrośla adenoidalne, które z pewnem tylko zastrzeżeniem do tej kategorji zaliczyć można, typowe guzy noso-gardzielowe nie są zgoła zjawiskiem częstem w gabinecie lekarskim. Niemniej przeto spotykamy tu najrozmaitsze pod względem histologicznym twory, a więc: fibromata mollusca, fibromata dura, adenomata, fibro-adenomata, carcinomata, sarcomata, enchondromata, torbiele i inne.

Dawniej wszystkim niemal guzom znajdującym się w tylnej okolicy nosa i w jamie noso-gardzielowej nadawano nazwę „poli-

pów noso-gardzielowych", która to nazwa wprawdzie z pewnem zastrzeżeniem, spotyka się i obecnie. Należy ją jednak stanowczo zarzucić, a przynajmiej ograniczyć, gdyż jest błędną i opartą li tylko na zewnętrznym wyglądzie guzów, przyjmujących w tej okolicy zwykle formę i wygląd polipów, tembardziej, że pod nazwą „polipów" rozumiemy twory łagodne, niewinne, siedliskiem których bywa zazwyczaj jama nosowa; tutaj zaś, w jamie noso-gardzielowej, spotykamy wprawdzie polipy dużych rozmiarów, biorące swój początek ze ścian jamy nosowej, lecz obok nich spotykamy najróżnorodniejsze pod względem anatomicznym i klinicznym nowotwory, które czasem mają wygląd polipowaty, lecz ich budowa histologiczna jest zupełnie odrębna od „śluzaków". To też opieranie rozpoznania na zewnętrznym wyglądzie guza często prowadzić może do błędów djagnostycznych, a co zatem idzie i leczniczych. Jak widzimy więc, nomenklatura guzów noso-gardzielowych jeszcze dotychczas nie jest zupełnie ustaloną.

Większość autorów dzieli omawiane guzy przedewszystkiem na *łagodne* i *złośliwe*. Do łagodnych należą: śluzaki, śluzo-włókniaki i włókniaki noso-gardzielowe. Do złośliwych — raki, mięsaki i in.

Mackenzie[1]) dzieli łagodne guzy noso-gardzielowe na: a) *śluzo-włókniakowe polipy*, biorące początek w jamie nosowej i tylko następczo wrastające do noso-gardzieli i b) *włókniaki*, biorące początek ze ścian noso-gardzieli.

Bensch[2]), Voltolini[4]), Schech[3]), Kijewski[4]) i Wróblewski[5]), Krieg[6]), pomijając nowotwory złośliwe, odróżniają: a) *prawdziwe* lub *typowe polipy* noso-gardzielowe, których punkt wyjścia stanowią ścianki jamy noso-gardzielowej; b) *fałszywe* lub *pseudonoso-gardzielowe* polipy, wyrastające ze ścian jam sąsiednich i wrastające w późniejszych okresach rozwoju do gardzieli.

Schmidt[7]), Killian[8]) i Bresgen[9]) odróżniają: a) *choanelae, retronasalne* polipy wyrastające z tylnych okolic jamy nosowej i b) *włókniaki* jamy noso-gardzielowej, biorące początek ze stropu gardzieli.

Sędziak[10]) odróżnia guzy noso-gardzielowe według ich budowy histologicznej.

Wszyscy niemal bez wyjątku autorowie wyosobniają guzy włókniakowe, wyrastające z podstawy czaszki, czyli ze stropu gardzieli; przekonamy się dalej, że ich charakterystyczne własności anatomiczne i kliniczne nadają im tak odrębną cechę, że słusznie je wykluczono z całej grupy omawianych guzów.

Dla łatwiejszego orjentowania się pozwolę sobie podać podział guzów noso-gardzielowych, który wydaje mi się najracjonalniejszym.

Dzielę więc guzy spotykane w tej okolicy na: 1) *łagodne*, 2) *względnie złośliwe* i 3) *złośliwe*.

Do *pierwszej* grupy, prócz wyrośli adenoidalnych, któremi tu zajmować się nie będę, należą przedewszystkiem śluzaki i śluzo-włókniaki, wypełniające jamę noso-gardzielową, lecz biorące swój początek nie z niej samej, tylko w jamie nosowej, najczęściej w okolicy szczeliny półksiężycowej (hiatus semilunaris), znajdującej się, jak wiadomo, pod średnią muszlą nosową. Nazywać będę te guzy

„polipami noso gardzielowymi", gdyż posiadają one wszystkie charakterystyczne własności zwykłych polipów nosowych. Typowe śluzaki jamy noso-gardzielowej, t. j. biorące początek ze ścian jamy noso-gardzielowej, zdaniem S c h m i d t a[7]), zupełnie nie istnieją, tylko włókniaki w stanie obrzęku mogą symulować śluzaki.

Druga kategorja guzów, t. zw. *„względnie złośliwych"*, obejmuje wyłącznie *„włókniaki noso-gardzielowe"*, znane dotychczas pod nazwą *„typowych polipów noso-gardzielowych"*. Są to guzy, które wyrastają zazwyczaj ze stropu gardzieli lub z przedniej powierzchni kręgów czaszkowych i, wypełniwszy jamę noso-gardzielową, rosną dalej, posyłając, niby ośmiornice, odnogi przez wszystkie otwory i szczeliny, a żadna przeszkoda, nawet kostna, nie powstrzymuje ich rozgałęziania się. W ten sposób powstają odnogi nosowe, szczękowe, sitowe, czołowe, pozaszczękowe, oczodołowe a nawet czaszkowe z całym szeregiem objawów klinicznych.

Wygląd tych guzów, ich stała histologiczna budowa włókniakowa, powstawanie niemal wyłącznie u osobników młodych w okresie rozwoju i szereg wywołanych przez ich rozrost objawów przedmiotowych nadaje tym guzom tak swoisty i odrębny charakter, że stanowczo należy je rozpatrywać jako oddzielną grupę. Są to guzy łagodne pod względem anatomicznym, a złośliwe pod względem klinicznym, zajmują więc pośrednie miejsce między pierwszą i trzecią grupą nowotworów.

Grupa *trzecia* obejmuje guzy *złośliwe*, które zdarzają się rzadziej niż łagodne; najczęściej z guzów złośliwych spotykamy w tej okolicy mięsaki.

W niniejszej pracy uwzględniam tylko dwie pierwsze grupy guzów, t. j. *„polipy noso-gardzielowe"* i *„włókniaki jamy nosogardzielowej"*.

Zanim przejdę do szczegółowej charakterystyki omawianych guzów, przytoczę szereg własnych spostrzeżeń.

Przypadek I, obserwowany w r. 1901, w klinice chirurgicznej prof. Garré w Rostocku. Dotyczył on 18 letniego młodzieńca, który już od wczesnych lat cierpiał na częste katary nosa i utrudniony oddech, do których to objawów przyłączyła się w ostatnich latach zupełna niedrożność nosa, zmieniona mowa z charakterystycznym odcieniem nosowym i częste, czasami dość obfite, krwawienia nosowe. Chory był już poprzednio operowany per vias naturales, lecz po niezbyt długo trwającej poprawie, po kilku miesiącach, skonstatowano nowe wybujałości guza i do częstych krwawień przyłączyło się utrudnione połykanie. Badanie wykazało, iż jedna połowa jamy nosowej była zupełnie wypełniona guzowatymi tworami, łatwo krwawiącymi przy dotykaniu; przegroda nosowa silnie odchylona w stronę przeciwną, jama zaś noso-gardzielowa wypełniona twardym różowym guzem, miejscami przyrośniętym do ścianki górnej jamy noso-gardzielowej i opuszczającym się poza podniebienie miękkie. Wobec znacznych rozmiarów guza, obrzmienia jednej połowy twarzy, co nasuwało podejrzenie obecności odnogi policzkowej, poradzono choremu poddać się doszczętnej operacji.

Po rozszczepieniu twardego podniebienia i wycięciu wyrostków zębodołowych górnej szczęki metodą Kochera usunięto — po odchyleniu płatów kostnych — guz tępym lewarkiem, oddzielając zrosty, przy stosunkowo obfitem krwawieniu. Odnogę policzkową usunięto znacznie później przy pomocy zmodyfikowanej metody Brunsa, polegającej na częściowem wycięciu kości licowej. Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny. Chorego widziałem jeszcze w 2 miesiące po operacji bez nawrotu. Badanie histologiczne wykazało charakterystyczną włókniakową budowę.

Przypadek II dotyczy 19-letniej pacjentki, W. M. obserwowanej w Łodzi w r. 1903, wspólnie z kol. Altenbergierem. Chora zwróciła się ze skargą na częste katary nosa, datujące się od lat 8 i niemożność oddychania przez nos, częste bóle głowy, suchość w gardle, ogólne osłabienie i senność dochodzącą do tego stopnia, iż nawet podczas pracy, stojąc, zasypiała. W dzieciństwie przechodziła odrę i ospę. Menses od 17 roku. Przed 3 laty chora zwróciła się do ambulatorjum Czerwonego Krzyża i tam w kilku seansach usunięto polipy nosowe; wprawdzie już wtedy skonstatowano guz w jamie noso-gardzielowej, lecz go nie operowano. Przed rokiem chora była powtórnie operowana, wycięto polipy z prawej jamy nosowej, lecz ulgi po tych rękoczynach chora nie doznała.

Status pr. Odżywianie i budowa średnie. Bladość skóry i błon śluzowych. Chora oddycha wyłącznie przez usta. Lewa jama nosowa wypełniona znaczną ilością polipów śluzowych. Przy wziernikowaniu nosa od tyłu widać biało-szarawy guz, wypełniający jamę noso-gardzielową. Po odchyleniu języczka widoczna część guza ma pozór gładki, okrągły, bez zrostów z sąsiedniemi ściankami. Gruczoły chłonne podszczękowe i szyjowe nie powiększone. Na kilku posiedzeniach usunięto polipy nosowe, ale stan chorej pozostał bez zmiany, niedrożność nosa dalej męczyła chorą; już po tygodniu na miejscu usuniętych polipów zjawiały się coraz to nowe, niewątpliwie złączone, a może i wyrastające z guza noso-gardzielowego. Postanowiliśmy wobec tego usunąć guz noso-gardzielowy. Nałożenie pętlicy ze strony nosa i jamy noso-gardzielowej nastręczało niezwalczone trudności wobec całkowitego wypełnienia tylnej części jamy nosowej polipami i przednią powierzchnią guza noso-gardzielowego, jak również z powodu szczelnego przylegania guza do sąsiednich ścianek jamy noso-gardzielowej. Odciągnąwszy więc podniebienie miękkie, uchwyciłem guz kleszczami Jurasza i, wprowadzając jaknajgłębiej aż do podstawy czaszki, zacisnąłem je, poczem wykonałem kilka ruchów obrotowych w celu skręcenia szypuły, a następnie, mocno odciągnąwszy ku dołowi, usunąłem guz in toto, o czem mogłem się przekonać wziernikowaniem, gdyż skrupulatne badanie jamy noso-gardzielowej nie wykazało najmniejszych śladów wybujałości; tylko na stropie widocznem było nieznaczne zagłębienie w błonie śluzowej, pokryte świeżą krwią i odpowiadające szerokości odciętej szypuły. Tutaj zaznaczyć muszę, że operacja ta była bezbolesna i zupełnie bezkrwawa, które to własności tej metody operacyjnej stwierdziłem i w późniejszych swoich przypadkach.

Usunięty guz przedstawiał się w postaci wydłużonej gruszki, wielkości jaja kurzego i posiadał 3 szypuły, z których dwie wychodziły najprawdopodobniej z jamy nosowej, trzecia zaś zrośnięta była ze sklepieniem jamy noso-gardzielowej. Z części guza przylegającej do tylnych nozdrzy wyrastały dwa śluzowe polipy, które przy badaniu przedoperacyjnym można było wziąć za zwykłe pojedyńcze polipy nosowe, gdy właściwie źródłem ich wyjścia był guz noso-gardzielowy. Wynik operacji był znakomity, chora twierdziła, iż zdaje jej się, jakby nagle wszystkie drzwi i okna otwarto i nie przypominała sobie, aby wogóle kiedykolwiek w życiu mogła tak swobodnie oddychać przez nos. Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny. Tutaj jednak dodać muszę, iż w rok po dokonaniu tak doszczętnej operacji chora zjawiła się powtórnie ze skargą na niedrożność lewej strony nosa. Badanie wykazało obecność dużego śluzowego polipa, wypełniającego lewą jamę nosową i dochodzącego do choan. Jama noso-gardzielowa była wolna. Polip został usunięty na jednem posiedzeniu zwykłą metodą za pomocą zimnej pętli. Dalszy los chorej nie jest mi znany.

Histologiczne badanie usuniętego guza noso-gardzielowego wykazało budowę włókniakową. Nie wahałbym się więc z rozpoznaniem charakterystycznego włókniaka jamy noso-gardzielowej, gdyby nie nastąpił nawrót w postaci śluzowego polipa, które nasuwa przypuszczenie, że może mieliśmy tu do czynienia z ogromnym polipem noso-gardzielowym, którego część gardzielowa przyjęła znaczne rozmiary, dała odnogę w stronę sklepienia gardzieli i przyjęła budowę bardziej włókniakową, co się zdarza w podobnych przypadkach. W każdym razie kwestja ścisłego rozpoznania, pomimo badania drobnowidzowego, pozostaje tu otwartą.

Przypadek III. Richard B. robotnik fabryczny, lat 24, zgłosił się do mnie w Lipcu r. z. ze skargą na niemożność oddychania nosem, częste katary, datujące się od lat kilku, przytępienie słuchu i ropotok z obydwu uszu. Przy badaniu skonstatowałem co następuje: prawa jama nosowa wypełniona wielką ilością polipów śluzowych; lewa w przedniej części wolna, lecz niedrożna z powodu obrzmienia muszel i wykrzywienia przegrody; po zastosowaniu adrenaliny można było przekonać się, iż tylne nozdrze lewe jest wypełnione dość dużym polipem, zwieszającym się do jamy noso-gardzielowej; przy wziernikowaniu od tyłu widać guz płaski, różowy, o powierzchni gładkiej, zwieszający się do powierzni miękkiego podniebienia; przy badaniu palcem przekonać się mogłem, że ten guz jest przytwierdzony do szypuły wychodzącej z górnego brzegu nozdrzy tylnych. Badanie uszu wykazało: chroniczne ropienie ze zniszczeniem bębenka po stronie prawej, po stronie zaś lewej cała kostna część przewodu słuchowego jest wypełniona polipami i tkanką granulacyjną.

Przedewszystkiem usunąłem na kilku posiedzeniach polipy, wypełniające prawą jamę nosową, liczba ich wynosiła 22; dopiero po 2 tygodniach przystąpiłem do usunięcia przeszkód ze strony lewej. Ze względu na różowe zabarwienia guza, wypełniającego częś-

ciowo jamę noso-gardzielową i skonstatowanie miejsca przyczepu na przedniej ścianie jamy noso-gardzielowej, rozpoznałem włókniak i zastosowałem pętlicę galwanokaustyczną, za pomocą której udało mi się pochwycić guz ze strony jamy nosowej i przepalić szypułę niemal u samego przyczepu. Po wydostaniu guza na zewnątrz okazało się, iż składa się on z dwóch oddzielnych części, z których jedna brała początek z górnego brzegu lewego nozdrza tylnego, miejsca zaś wyjścia drugiej mimo kilkakrotnych badań skonstatować nie mogłem; przypuszczam jednak, że wyrastała ona z pod tylnego końca muszli środkowej. Resztki szypuły pozostałej na brzegu nozdrza tylnego wyskrobałem doszczętnie łyżeczką. Pacjenta obserwowałem jeszcze w przeciągu kilku miesięcy, gdyż przychodził dla leczenia ucha, nawrotów polipów w jamie nosowej i noso-gardzielowej nie skonstatowałem. Drożność nosa pozostała całkowitą. Usunięte z jamy noso-gardzielowej guzy przedstawiają się w postaci spłaszczonych, dość twardych gładkich tworów wielkości śliwki o budowie histologicznej zwykłych śluzaków. (d. c. n).

O przyjętem obecnie leczeniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Podał **Dr. med. Józef Maybaum.**

Ostre zapalenie wyrostka wyrostka robaczkowego wybucha często u ludzi poprzednio zdrowych zupełnie, więc o jakiemkolwiek leczeniu zapobiegawczem tego cierpienia mowy być nie może. Zalecanie tego lub owego sposobu odżywiania ma na celu nietyle przeciwdziałanie ewentualnemu zapaleniu wyrostka robaczkowego, ile się zwraca przeciw zaburzeniom żołądkowo-kiszkowym, jakim dany osobnik podlega. Rola ciał obcych w powstawaniu zapalenia wyr. rob. jest tak problematyczna, że niema powodu zalecania szczególnej ostrożności przy połykaniu pestek, ziaren i t. p., których i tak nikt umyślnie nie połyka.

Leczyć ostre zapalenia wyrostka rob. można środkami wewnętrznymi, ale wyleczyć je można tylko na drodze chirurgicznej; bo jeżeli nawet liczne są wypadki, że chory po przebyciu jednego ataku drugiemu nie uległ, nigdy pewności zupełnego wyleczena nie mamy; to też chory, który raz przebył zapalenie wyrostka rob. jest w słusznej obawie przed nawrotem tego cierpienia. Niezależnie od tego za leczeniem chirurgicznem przemawiają względy następujące: 1) nigdy nie jesteśmy w możności ocenić w początku zachorzenia, czy przypadek jest lekki czy też ciężki; niejednokrotnie przypadki rozpoczynające się łagodnie nabierają nagle charakteru nader burzliwego z zejściem śmiertelnem; zdarza się też i odwrotnie: rozpoczynający się śród objawów gwałtownych przypadek przebiega łagodnie; 2) nie posiadamy sposobów zapobiegających nawrotom zapalenia wyrostka rob., ani nawet nie potrafimy orzec, czy dany przypadek da wogóle nawrot. Nawroty następują wogóle w 30%

przypadków, a ich przebieg zupełnie jest od pierwszego ataku niezależny; po ataku ciężkim może być nawrót lekki, a najcięższą recydywę mógł poprzedzić atak najłagodniejszy.

Operować powinno się, albo wcześnie — w przeciągu 48 godzin od początku choroby — albo na zimno, po upływie conajmniej 6 tygodni od napadu.

Główne wskazania do wczesnej operacji, to: stale wysoka ciepłota, szybkie tętno, trwałe wymioty, mocne obronne napięcie mięśni brzucha.

Rękoczyn dokonany „na zimno" nie przedstawia większego niebezpieczeństwa: śmiertelność wynosi 1%. Wynik zabiegu wczesnego zależny jest od tego, czy zapalenie wyrostka robaczkowego było ograniczone, czy też nastąpiło przedziurawienie, lub zapalenie otrzewnej, co się już w pierwszych godzinach po zachorowaniu przytrafić może. W pierwszym wypadku śmiertelność po operacji nie przewyższa 4%, w drugim—dochodzi do 27. Jest to liczba wysoka, ale te same przypadki, leczone wyczekująco, dałyby niezawodnie większą odsetkę śmiertelności.

Najgorsze szanse dają operacje wykonane po 3-im dniu, kiedy rękoczyn uważany jest jako „ultimum refugium" (rozlane zapalenie otrzewnej). Śmiertelność dochodzi wtedy od 36 (w trzecim dniu) do 66%. Jednakże i po upływie 48 godzin dokonana interwencja daje dobre wyniki, o ile rękoczyn spowodowało utworzenie się ograniczonego ropnia; w tym wypadku widoki wyzdrowienia są dobre — śmiertelność nie jest wyższa nad 4%. Wskazaniem do operacji po upływie dwóch dni jest, prócz wytworzenia się ropnia, wystąpienie objawów wyliczonych jako wskazania do wczesnej operacji i pogorszenie się stanu ogólnego.

Najsłuszniejszym zabiegiem jest operacja wczesna; usprawiedliwiają jej zaniechanie takie okoliczności, jak, gdy chory na operację zgodzić się niechce, lub w miejscowościach, gdzie niema chirurga, w podróży i t. p., wreszcie, gdzie rękoczyn jest z racji złego stanu innych narządów przeciwskazany, jak np.: przy ciężkich wadach serca, przy daleko posuniętej cukrzycy, u starców i t. p.

Leczenie wewnętrzne zapalenia wyr. rob. polega przedewszystkiem na bezwzględnem unieruchomieniu chorego wogóle a jelit w szczególności: chory pozostaje w łóżku ułożony na wznak; na okolicę krętniczo-kątniczą otrzymuje lekki pęcherz z lodem; zaleca się choremu częste płukanie ust wodą, lecz zabrania się połykania jakiegokolwiek pokarmu, nawet wody; do wewnątrz podaje się makowiec — 3 do 4 razy dziennie po kilka do kilkunastu kropel, lub zastrzykuje morfinę dwie do trzech strzykawek dziennie. Makowiec należy stosować tylko przy stanie sił zadawalniającym i póki trwają objawy zapalne: ból, gorączka, wzdęcie brzucha; z chwilą kiedy objawy te ustępują, a także przy pogarszaniu się tętna i poczynającej się zapaści trzeba go natychmiast odstawić; wogóle nie stosować go w zbyt wielkich dawkach i zbyt długo, aby nie przeoczyć — wobec braku bólu—istotnego pogorszenia się stanu chorobowego. Rozważnie stosowany makowiec działa lepiej od morfiny,

gdyż, uśmierzając bóle, mocniej hamuje też ruchy robaczkowe jelit i sprzyja tworzeniu się zrostów.

Po ustąpieniu objawów zapalnych lód można zastąpić okładem rozgrzewającym, następnie — okładem ciepłym. Pożywienie przez pierwszy tydzien trwania poprawy powinno być płynne i w ilości ograniczonej: mleko, kleik, rosół po 2 — 3 łyżek co godzina. Stopniowo dodajemy jajka na miękko, jarzyny i kompoty tarte; dopiero po pierwszem wypróżnieniu sformowanem przechodzi się do pokarmów stałych. Późniejsza djeta zależy od stanu narządów trawienia danego chorego, a ewentualne zaparcie i rozwolnienie podlega leczeniu odpowiedniemu. Specjalnej przeciw nawrotom zapalenia wyr. rob. stosowanej djety niema i dlatego, o ile jelita osobnika, który przebył zapalenie wyr. rob., działają sprawnie, nie zalecamy mu żadnej djety, ani też zmiany trybu życia. Ostrzegamy go tylko przed stosowaniem gimnastyki, sportów, mięsienia brzucha, każemy poważnie traktować każdy ból w jamie brzusznej, wreszcie — doradzamy poddanie się operacji, jako jedyny sposób uchronienia się przed nawrotem przebytego cierpienia.

Stosowanie olejku rącznikowego przy ostrem zapaleniu wyr. rob. było przez ostatnie lata potępionem — dzięki energicznym wystąpieniom najpoważniejszych klinicystów; niewielu było lekarzy, którzy by w ostatnich latach 15-u zdecydowało się podać olejek rącznikowy w przypadku choćby podejrzanym. Wskutek tego nie podano, być może, w pewnej ilości przypadków najbardziej odpowiedniego środka przeczyszczającego, o ile przyjęto za zapalenie wyrostka zwykłą niestrawność, uniknięto natomiast w niejednym przypadku szkodliwego działania, jakie olejek rącznikowy mógł wywrzeć przez wzmożenie ruchów robaczkowych jelit przy zapaleniu mylnie jako ostra niestrawność rozpoznanym.

W ostatniej dobie ogłosił znany chirurg S o n n e n b u r g, którego zasługą między innemi jest zalecanie wczesnej operacji przy zapaleniu wyr. rob., sto kilkadziesiąt przypadków tego cierpienia, leczonych pomyślnie za pomocą olejku rącznikowego.

Postępowanie S o n n e n b u r g a wywołało krytykę. Zarzucano mu, że większość przypadków zapalenia wyr. rob. leczona jest w praktyce prywatnej przez lekarzy, którym brak zarówno metod pomocniczych, jak i doświadczenia S o n n e n b u r g a w ocenianiu danego przypadku. S. podaje olej rącznikowy jedynie w przypadkach t. zw. zwykłego zapalenia wyr. rob. (appendicit. simplex), który on rozpoznaje na zasadzie badania ciepłoty, tętna i leukocytozy, żądając, aby leczenie olejem rącznikowym stosowane było wyłącznie w szpitalu, gdzie przy najmniejszem pogorszeniu stanu można bezzwłocznie przystąpić do rękoczynu. W tych warunkach olej rycynowy może nie zaszkodzi; ale w praktyce prywatnej, gdzie stała i ścisła obserwacja jest trudną, podawanie olejku rącznikowe stanowczo dużo szkody przynieść może. Dlatego, pozostawiając ocenę podawania olejku rącznikowego klinikom i szpitalom, powinni lekarze-praktycy nadal, jak i dotąd, zaniechać stosowania tego środka przy ostrem zapaleniu wyr. rob. i kierować się dotychczasowemi zasadami, wyżej streszczonemi.

Drugie sprawozdanie roczne z działalności szpitala Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi (rok 1907).

Opracował **Dr. Józef Brudziński** lekarz naczelny szpitala.

W pierwszem sprawozdaniu rocznem zaznaczyliśmy trudności związane z organizacją szpitala. Gdy ten rok trudów i wysiłków przeminął, zdawaćby się mogło, że rok drugi istnienia szpitala przejść powinien bez zahaczeń, gdyż instytucja raz puszczona w ruch, nabiera rozpędu — „vires acquirit eundo" — czyha tu jednak i poważne niebezpieczeństwo — rutyna. Jest ona wprawdzie ułatwiającą dźwignią, wynikiem dokonanych wysiłków organizacyjnych, staje się jednak wkrótce czynnikiem usypiającym czujność, inicjatywę, krytycyzm — zwłaszcza tego, który całość instytucji, nie tylko poszczególne jej części, musi mieć na oku t. j. kierownika szpitala. Rok organizacyjny tak ściśle zespala duchowo nową instytucję z jej kierownikiem, tyle wkłada on własnej jaźni w to nowe wcielenie uczuć i myśli ludzkich, jakim jest zwłaszcza instytucja dobroczynna, że żyje on tylko myślą o powstającem dziele: gdy już myśl oblekła się w kształty konkretne, gdy instytucja zorganizowana aż do szczegółów, działa pewien okres czasu, sam fakt jej istnienia, oddziaływanie zarówno społeczeństwa jak i pracowników instytucji, wytwarza nowe zadania, wyzwala nowe siły, kierownik instytucji siłą rzeczy z twórcy poniekąd okresie organizacyjnym przeistacza się w czynnik łączący w poszczególne usiłowania, łagodzący przeciwieństwa i strzedz się musi najbardziej — zbytniego przywiązania do form, w jakie na razie w okresie organizacyjnym wcielił teoretyczne postulaty hygieny i administracji szpitalnej; z drugiej strony musi sprężyście przestrzegać nie zbaczania od tych form, co łatwo się stać może właśnie wskutek przyzwyczajenia się, otrzaskania, usypiającego zawsze czujność. Pogodzenie tych dwóch czynników wytwarza niezmiernie trudne zadanie, i dla tego rok drugi jest daleko więcej przykry niż rok pierwszy — rok wiary w powzięte zadania, rok twórczy.

Rok drugi rozwiewa nieraz nielitościwie złudzenia roku pierwszego, wcielenie najlepszych zamiarów staje się niemożliwe na dalszą metę, albo dla tego, że źle się do tego zabrano, albo że materjał pomocniczy okazał się nie dorastającym zadaniu. — W świetle tych refleksyj, jak przedstawia się działalność szpitala w roku drugim jego istnienia, czy nie zboczyła z nakreślonej górnie linji w roku pierwszym? czy wykazuje jaki postęp? czego się trzeba było wyrzec, co zmienić? — Najważniejszem zadaniem, podjętem w roku pierwszym było: zorganizowanie systemu izolacji w ambulatorjum, sprowadzenie do minimum infekcyj wewnątrzszpitalnych przez oddzielanie celowe chorych infekcyjnych na stacji obserwacyjnej i na odpowiednich oddziałach infekcyjnych, urządzenie oddziału ortopedycznego, roentgenowskiego, urządzenie oddziału dla niemowląt, zapewnienie odpowiedniej a inteligentnej opieki dzieciom

powierzonym opiece szpitala, nadanie pracy lekarskiej w szpitalu kierunku naukowego.

Już w pierwszym roku, jak to zaznaczono w sprawozdaniu, okazała się nieodpowiadającą celowi stacja obserwacyjna, składająca się z dwu pokoików, przedzielonych korytarzem, nie zaopatrzona w wannę, klozet, wogóle za mała i zanadto prowizoryczna. Urządzenie nawet takiej stacji obserwacyjnej było u nas postępem, gdyż nie posiadają jej inne istniejące u nas szpitale dziecięce, ale właśnie istnienie tejże, wykazało jej potrzebę i jej braki w zakresie dotychczasowym. W sprawozdaniu pierwszem zaznaczyłem już jako pium desiderium konieczność przeistoczenia stacji obserwacyjnej. Z radością obecnie zaznaczyć mogę, że stało się to faktem. Już w roku 1907 dokonano odpowiednich przeróbek i stacja obserwacyjna składa się obecnie z salki na 4 łóżka, 2 pokoików izolacyjnych z wejściem z korytarza, pokoju dla pielęgniarki, pokoiku kąpielowego, klozetowego i sionki, gdzie również umieszczono podręczną kuchenkę. Oddziałek ten umieszczono w jednym z pawilonów dla chorób infekcyjnych, przeznaczonym w całości na dyfteryt. Doświadczenie wykazało, że pawilon ten nie odpowiadał celowi, gdyż frekwencja oddziału dyfterytycznego nie przekraczała nigdy 8 chorych naraz, przeciętnie bywało 2—4 chorych, a dość długie, bo nieraz parotygodniowe okresy upływały bez chorych dyfterytycznych tak, że umieszczano chorych dyfterytycznych, na oddziałku zapasowym przy oddziale wewnętrznym. Po przeróbce pawilon dawny dyfterytyczny został podzielony na dwie części zupełnie odrębne: jedną stanowi właśnie nowa stacja obserwacyjna, druga składająca się z dużej sali na 12 łóżek, pokoju klozetowego, pokoju kąpielowego, pokoju dla pielęgniarki z podręczną kuchenką, pokoju jednego izolacyjnego — przeznaczona jest na oddział dyfterytyczny. Stacja obserwacyjna służyć będzie jednocześnie jako oddział dla infekcyj mieszanych, zdarzających się na oddziale dyfterytycznym, szkarlatynowym, lub jako takie przyjętych. Jak wykazało wreszcie doświadczenie przy najsurowszych zarządzeniach izolacyjnych wybuchają niekiedy choroby infekcyjne przyjęte w okresie wylęgania i bywają źródłem infekcyj wewnątrzszpitalnych, w tych wypadkach o ile chodzi o odrę, dla której szpital oddzielnego pawilonu nie posiada, stacja obserwacyjna nowa, posiadając salkę na kilka łóżek, może służyć jako prowizoryczny oddział odrowy.

Drugie zamierzenie — mianowicie urządzenie oddziału ortopedycznego i aparatu Roentgena miało być w skromnych rozmiarach i powoli, jako nieodzowne w szpitalu dziecięcym, wprowadzone. Los zrządził, że możemy w znacznie szerszym zakresie to uskutecznić, los zresztą smutny dla szpitala, gdyż nowy ten oddział powstanie jako fundacja im. ś. p. Dra Karola Jonszera, nieodżałowanego kuratora szpitala, dzięki szlachetnej ofiarności fundatorów szpitala małżonków Edwarda i Matyldy Herbst, którzy stawiając ten pomnik zasługom obywatelskim zmarłego, powiedzieli więcej o tem, czem był ś. p. Dr. Karol Jonszer, jako opiekun szpitala, niż to nieudolne słowa wyrazić potrafią; słusznie też imię Jego zo-

stanie tym sposobem ze szpitalem na zawsze związane. Szpital posiądzie dzięki ofiarowanym przez pp. Herbst 12 tys. rubli, całkowite urządzenie Roentgenowskie i ortopedyczne, z pracownią ortopedyczną, salą do gimnastyki ortopedyczno leczniczej w takim zakresie, że umożliwi to leczenie ambulatoryjne cierpień wymagających dłuższego leczenia ortopedycznego.

Sprawa urządzenia oddziału dla niemowląt w roku drugim stnienia szpitala wysunęła się jeszcze węcej, jako konieczność.

Obecnie z pomocy szpitalnej odpada cały dział: leczenie chorób przewodu pokarmowego niemowląt, pielęgnowanie niemowląt przedwczesnych. — Sprawa ta posunęła się o tyle naprzód, że oddział zapasowy przy oddziale wewnętrznym może być obecnie, po przeniesieniu dyfterytu do odpowiednio przerobionego pawilonu, na ten cel użyty. Będzie to mała stacja dla niemowląt, o której, mam nadzieję, w następnem sprawozdaniu będę już miał możność mówić jako o fakcie dokonanym.

System izolacyjny w ambulatorjum okazuje się i nadal zupełnie celowym, i w praktyce możliwym do przeprowadzenia. Trudność przedstawia niekiedy oddzielanie chorych, gdy panuje więcej chorób infekcyjnych naraz, wtedy trzy pokoje izolacyjne nie wystarczają i bywały chwile, że właściwe sortowanie odbywało się tuż przy wejściu na korytarzu zamiast w pokoju wstępnym na prawo od wejścia, który musiał być zamieniony na czwarty pokój izolacyjny. Okresy te nie były długie, pomimo to z chwilą przeniesienia stacji obserwacyjnej, trzeba będzie pomyśleć o rozszerzeniu pomieszczeń ambulatoryjnych.

W przeciągu roku 1907 przyjęto w ambulatorjum: Varicella — 36 przyp. (43 porady), Variola — 11 przyp., Angina diphteritica 52 przyp. (porad 78), Morbilli 198 przyp. (porad 254), Scarlatina 46 przyp. (porad 55), Pertusis 175 przyp. (227 porad), wogóle w roku 1907 przesunęło się przez ambulatorjum znacznie mniej chorych infekcyjnych, niż w r. 1906, jak to widać z następującego zestawienia (liczba porad):

	r. 1906.		r. 1907.
Angina diphteritica	312	—	78.
Morbilli	253	—	254.
Pertussis	1802	—	227.
Scarlatina	496	—	55.
Varicella	104	—	43.
Variola	—		11.

We wszystkich działach liczba porad jest niższą oprócz odry i ospy. Bijącą w oczy jest różnica co do krztuśca i płonicy.

Nawet przy zmniejszonej liczbie chorób infekcyjnych, ambulatorjum, nie stosując systemu sortowania, mogłoby być rozsadnikiem chorób infekcyjnych, czem dzięki sortowaniu nie było, a przynajmniej mogło być w niezmiernie zmniejszonym zakresie.

Jak i w roku 1906 lwią część porad ambulatoryjnych stanowią ostre choroby przewodu pokarmowego niemowląt, mianowicie 1990 porad (w roku 1906, obejmującym dwa okresy letnie — 4452

porady). Z chorób narządu oddechowego przypada: Bronchitis 721 (w r. 1906 1072), Bronchopneumon. 17 (17), Pneum. croup. 503 (520), Pleuritis 60 (153), razem 1306, w r. 1906 — 1865.

Na ogólną ilość 5516 dzieci, przyjętych w ambulatorjum chorób wewnętrznych — zanotowano: krzywicę — 463, zołzy — 84, przymiot — 75, gruźlicę — 175 razy.

Co do wieku jak i w roku zeszłym największa odsetka przypada na dzieci: w pierwszym roku życia — 2318 czyli prawie 50%, od 1 — 3 lat 1908 dzieci, czyli dzieci do 3-ch lat stanowiły 76% ogółu przyjętych.

Po kartki zgonu zgłoszono się w 70 przypadkach leczonych ambulatoryjnie.

W ambulatorjum chirurgicznem przyjęto 499 dzieci, dzieci od 1—3 lat było w tej liczbie — 248. *Z chorobami nosa, gardła i uszu* przyjęto 267 dzieci. Przeznaczono do operacji 44 dzieci zgłosiło się i wykonano operację u 24 dzieci. Podług wieku było: do 3-ch lat — 105, 3—7 lat — 76 dzieci, od 7—12 lat — 122 dzieci. Podług rozpoznania było: otitis med. suppur — 109, Vegetat. adenoid. — 63, Angina vincenti 2 razy i t. d. *Z chorobami oczu* przyjęto 765 dzieci — porad 2500. Podług rozpoznania największa liczba przypada na Conjunct. ac. 128, i keratoconjunctivitis phlyctaenulosa 143 i absc. palp. sup. 147. Zwraca uwagę 78 przypadków jaglicy i 8 przypadków Atrophiae bulbi post variolam. *Z chorobami skóry* przyjęto 393 dzieci: z tej liczby na wiek do 3-ch lat przypada 211. Podług rozpoznania największa liczba dzieci przypada na Scabies — 77 dzieci, na Eczema (różne jej postacie— 151), Pediculosis capitis 18, Prurigo — 19, Lues hereditaria — 8, Favus — 6, Granulosis rubra nasi — 3.

Ogólna liczba dzieci, którym udzielono pomomocy ambulatoryjnej wynosi 7440. W roku 1907 poczynając od maja szczepiono ospę z przerwą we wrześniu i październiku, w listopadzie podjęto szczepienie na nowo wobec zgłaszania się do ambulatorjum przypadków ospy i odtąd w ambulatorjum szczepi się ospa cały rok 2 razy na tydzień. W r. 1907 zaszczepiono 1099 dzieciom ospę (szczepiono 36 dni) z tej liczby u 516 dzieci dokonano szczepienia powtórnego.

Pomieszczenia ambulatoryjne t. j.: korytarz, poczekalnia, ogólny pokój ordynacyjny i 5 pokoików odświeżono gruntownie, ściany na wysokość 2 metrów olejno pomalowano. Pokój chirurgiczny i pokój ogólny otrzymały mechaniczną wentylacją.

Wprowadzenie w ambulatorjum płatnego lekarza ambulatoryjnego oprócz pomocy udzielanej przez lekarzy internów bardzo dodatnio odbiło się na działalności ambulatorjum — zwłaszcza co do punktualności i ciągłości przyjęć, czemu wciąż odrywani do zajęć szpitalnych interni nie byli w stanie podołać.

Przejdźmy z kolei do działalności ogólnej szpitala. Ruch chorych w porównaniu z r. 1906 zwiększył się. — Przyjęto w r. 1907 (patrz tablica I i II) 1366 chorych, w r. 1906 — 1105, z roku 1906 pozostało 87 dzieci, razem było w leczeniu w przeciągu roku 1907 — 1453 dzieci (w r. 1906 — 1147 dzieci). Różnica w ruchu cho-

Tablica I.

Miesiące	W dn. 1 mies. było			Przyjęto			Było razem w leczeniu			WYPUSZCZONO.									Zmarło			W dniu ostatn. mies. było			Ogólna ilość dni szpitalnych	Na jednego chorego przypada dni szpit.	Najmniejsza przeciętna i największa ilość dzienna chorych
										Wyleczonych			Z polepszeniem			Bez polepszenia											
	Chł.	Dz.	Raz.	Chł.	Dz	Raz.	Chł.	Dz.	Raz.	Chł.	Dz.	Raz.	Chł.	Dz.	Raz.	Chł.	Dz.	Raz.	Chł.	Dz.	Raz.	Chł.	Dz.	Raz.			
Styczeń	36	51	87	39	45	84	75	96	171	19	28	47	10	14	24	3	8	11	2	7	9	41	39	80	2462	14,4	70—82—91
Luty	41	39	80	38	45	83	79	84	163	18	14	32	15	18	33	5	10	15	5	1	6	36	41	77	2291	14,5	72—79—88
Marzec	36	41	77	44	39	83	80	80	160	23	15	38	14	23	37	14	7	21	6	1	7	23	34	57	2118	13,2	57—68—84
Kwiecień	23	34	57	56	42	98	79	76	155	11	15	26	13	13	26	6	8	14	5	5	10	44	35	79	2055	13,5	57—68—79
Maj	44	35	79	61	56	117	105	91	196	30	17	47	17	24	41	10	7	17	6		6	42	43	85	2561	13	70—82-93
Czerwiec	42	43	85	74	53	127	116	96	212	36	26	62	28	29	57	6	8	14	4	6	10	42	27	69	2498	11,7	72—83—95
Lipiec	42	27	69	63	63	126	105	90	195	28	27	55	22	17	39	10	6	16	7	4	11	38	36	74	2366	12,1	65—76—90
Sierpień	38	36	74	72	85	157	110	121	231	29	24	53	14	23	37	10	16	26	6	7	13	51	51	102	2730	11,8	72—88—104
Wrzesień	51	51	102	51	53	104	102	104	206	33	34	67	19	23	42	5	13	18	6	3	9	39	31	70	2527	12,2	61—84—100
Październik	39	31	70	87	85	172	126	116	242	33	35	68	33	18	51	9	12	21	7	6	13	44	45	89	2583	10,6	73—83—96
Listopad	44	45	89	58	48	106	102	93	195	18	24	42	21	24	45	11	6	17	8	5	13	45	34	79	2124	10,8	61—70—88
Grudzień	45	34	79	53	55	108	98	89	187	23	21	44	25	21	46	14	9	23	4	4	8	32	34	66	2106	11,2	50—70—85
				697	669	1366	733	720	1453	301	280	581	231	247	478	103	110	213	66	49	115				28421		

Tablica II. **Przyjęto na poszczególne oddziały.**

	chirurg. I		wewnęt. II		dyfter. IIa		obserw. IIb		szkarlat. III		Razem
	chł.	dz.	chł.	dz.	chł.	dz.	chł.	dz.	chł.	dz.	chł. dz.
Styczeń	14	5	13	26	6	1	—	4	6	9	39+45
Luty	16	11	15	24	4	5	1	—	2	5	38+45
Marzec	11	6	20	21	7	4	1	1	5	7	44+39
Kwiecień	14	3	27	30	6	2	1	1	8	6	56+42
Maj	22	11	29	38	4	3	—	—	6	4	61+56
Czerwiec	27	9	33	29	3	3	—	—	11	12	74+53
Lipiec	10	17	40	30	4	8	3	2	6	6	63+63
Sierpień	23	18	19	39	8	8	4	2	18	18	72+85
Wrzesień	19	9	23	30	5	5	—	3	4	6	51+53
Październ.	30	18	41	44	9	9	2	5	5	9	87+85
Listopad	13	4	30	33	8	5	5	3	3	3	59+48
Grudzień	24	10	25	40	1	4	—	—	3	1	53+55
	223	121	315	384	65	57	17	21	77	86	

rych uwydatni się lepiej, gdy uwzględnimy bardzo zmniejszoną frekwencją oddziału szkarlatynowego: w roku 1906 przyjęto na oddział szkarlatynowy 321, dzieci, w r. 1907 tylko 163, zwiększył się za to ruch chorych na oddziale chorób wewnętrznych, w r. 1906 przyjęto 471 dzieci, w r. 1907 — 699 i na oddziale dyfterytycznym: w r. 1906 leczono 80 dzieci, w r. r. 1907 — 139. Przez stacją obserwacyjną przeszło 58 dzieci (w r. 1906 — 65).

Podług wyznania było:

			w r. 1906.
Katolików	1023	czyli 74,8%	74,8%.
Ewangielików	224	czyli 16,4%	19,6%.
Prawosławnych	16	czyli 1,1%	0,4%
Chrześcijan razem	1263	czyli 92,3%	94,5%.
Żydów	103	czyli 7,6%	5,4%.

Zwiększyła się znacznie liczba chorych zamiejscowych: 232 dzieci w porównaniu z 81 w r. 1906.

Pewne znaczenie dla naszego szpitalnictwa posiadają dane co do liczby chorych bezpłatnych, częściowo płatnych i na koszt fabryk.

	w r. 1907.		w r. 1906.
Bezpłatnie leczono	189 dzieci	t. j. 13% —	21,3%.
Na koszt własny	460 dzieci	t. j. 24% —	27%.
Na koszt fabryk (po 1 rb. dziennie)	804 dzieci	t. j. 55% —	45%.

Z leczonych na koszt własny przypada:

po 30 kop. —	83 chorych	174 (w roku 1906).
po 50 kop. —	324 chorych	170 „
po 75 kop. —	34 chorych	16 „
po 1 rb. —	19 chorych	4 „

Rubryki te różnią się znacznie w porównaniu z r. 1906, gdyż w roku 1907 Zarząd szpitala zmuszony był ograniczyć i liczbę chorych bezpłatnych i z ustępstwem, co jak się okazało z punktu widzenia dobra ludności biedniejszej nie było krzywdą, gdyż wiele z tych dzieci, które dawniej umieszczano bezpłatnie, po odmowie ze strony szpitala umieszczane były po pewnych staraniach rodziców na koszt fabryk; widać to ze wzrostu odsetki chorych leczonych na koszt fabryk. Prawdziwie biednym posostającym bez zajęcia szpital nie odmawiał przyjęcia bezpłatnego lub po minimalnej cenie i pod tym względem w r. 1907 nie zapominał również o swem posłannictwie filantropijnem, pomimo wielkiego skrępowania finansowego. Zapomoga ze strony miasta i abonamenty niewyzyskane t. j. uważane jako zasiłek dla szpitala (W. W. Panie: Herbstowa, Emilowa i Eugenjuszowa Geyerowe) umożliwiały to w pewnym stopniu tylko pomimo to jednak szpital zamknął swój budżet deficytem.

Z liczby chorych przyjmowanych na koszt fabryk, kolei i t. d. największa liczba przypada na fabryki Tow. akc. K. Scheiblera — 442 chorych t. j. 30% ogółu leczonych w szpitalu chorych, następnie idą: Grohmann — 60 chorych, Heintzel i Kunitzer 46, Kolej Łódzka fabryczna 22 chorych, Kolej elektryczna 15 chorych, Ko-

lej Kaliska — 15 chorych, Richtera fabryka 17 chorych, Rosenblata — 11 chorych, reszta od 1 — 7 chorych rocznie.

Abonują łóżka w szpitalu następujące firmy: K. Scheibler — 10 łóżek, L. Geyer — 6 łóżek, G. Geyer — 1 łóżko, Grohmann — — 3 łóżka.

Chorzy ogółem spędzili w r. 1907 — 28421 dni szpitalnych. Na poszczególne oddziały dni szpitalne rozkładają się w następujący sposób:

chirurgiczny	7466	w r. 1906 — 7630
wewnętrzny	13937	} „ „ 11000
dyfterytyczny	1027	
obserwacyjny	221	
szkarlatynowy	5770	„ „ 8500.

W stosunku do ogólnej liczby leczonych w szpitalu 1453 chorych wypada dni szpitalnych 19,5 na jednego chorego, gdy w roku 1906 — 21 dni.

Na poszczególnych oddziałach liczba dni przeciętna przypadająca na jednego chorego przedstawia się:

na chirurgicznym 19,6 dni w r. 1906 — 24,9,
na wewnętrznym 18,7 dni w r. 1906 — 21,6,
na szkarlatynowym 27,4 dni w r. 1906 — 25,
na dyfterytycznym 7,3.

Jak widzimy z tego zestawienia zwiększony ruch chorych wskutek zmniejszenia się liczby dni przypadającej na każdego chorego panowoł na oddziale chirurgicznym i wewnętrznym. Najmniejsza liczba dni szpitalnych przypada na oddział dyfterytyczny przeciętnie 7,3 dni na chorego, rzecz niepożądana, którą niżej szczegółowiej omówię.

Koszt jednego dnia szpitalnego wyniosł 1 rb. 32 kop. (w r. 1906 — 1 rb. 10 kop.). Budżet szpitala w krótkich i głównych zarysach przedstawia się jak następuje:

Żywienie chorych	5202.08
(przeciętnie dzień szpitalny na jedną osobę 20 kop.).	
Żywienie personelu	5785.28
(przeciętnie 41 kop., dzień szpitalny na jedną osobę).	
Apteka	1953.00.
Środki opatrunkowe	1393.77.
Pensja personelu lekarskiego	5852.59.
„ „ pielęgniarskiego	1432.50.
„ „ administracyjnego	4951.32.
Oświetlenie (gaz)	1568.72.
Opał, wentylacja (koks i węgiel)	3385.35.
Renowacja (malowanie olejne ścian i pieców)	2242,81.
Dokompletowanie inwentarza	1949.13.
Pranie, telefon, utrzymanie porządku, różne wydatki drobne	3844.68.
Spłata długów z r. 1906	2856.26.
Razem	42417.49.

Wpływy wyniosły:

Zapomoga miejska	6000.
Opłata za leczenie	17543.25.
Abonament łóżek (200 rb. łóżko)	6515.50.
Ofiary większe: Grohmann	1000.
„ „ Herbst	800.
„ „ Leonhardt	500.
„ „ Hordliczka	250.
Ofiary mniejsze	504.66.
Ze skarbonek szpitalnych	131.11.
% od kapitału	421.19.
Razem	33665.71.

Z pozycyj poszczególnych omówić wypada wydatki na aptękę. W r. 1906 szpital sprowadzał wszystkie środki lekarskie z apteki miejskiej — w r. 1907 sprowadza się lekarstwa więcej złożone, resztę przygotowuje się w podręcznej apteczce na miejscu, zajmuje się tem jedna z pielęgniarek, wykwalifikowana felczerka. Wynik finansowy tej zmiany najzupełniej ją usprawiedliwił, chorzy otrzymują nawet najdroższe środki o ile są wskazane, pomimo to na jednego chorego szpital wydawał dziennie w r. 1907 (pomijając środki opatrunkowe) — 6 kop. na lekarstwa, gdy w r. 1906 wydawał przeszło 12 kop., opieka lekarska na dzień i na jednego chorego wynosi 21 kop., opał i światło na dzień i na jednego chorego wynosi 17 kop.

Z wpływów podnieść należy wysokość sumy otrzymanej jako opłatę od chorych, jak widzimy wyniosła ona koło 65 kop. za dzień szpitalny, podczas gdy koszt dnia szpitalnego wyniósł w r. 1907 — 1 rb. 32 kop. Deficyt 8751 rb. 78 kop. pokryto z sum zapasowych szpitala. Położenie finansowe szpitala na przyszłość pozostanie dość trudne, zwłaszcza wobec ograniczenia ze strony fabryk pomocy dla rodzin robotników, co się już na frekwencji szpitala odbijać zaczyna.

Z ogólnej liczby przyjętych 1366 dzieci w roku 1907 było 697 chłopców, 669 dziewcząt, z pozostałymi 36 chłopcami i 51 dziewczętami z roku 1906 liczba dzieci leczonych wyniesie 733 chłopców i 720 dziewcząt.

Z tej liczby opuściło szpital 1272 dzieci, pozostało na rok 1908 — 66 dzieci. Zmarło 115.

Z liczby wypisanych ze szpitala było:

wyleczonych	581	t. j. 40%
z polepszeniem	478	t. j. 33%
bez polepszenia	213	t. j. 14%

(w r. 1906 15,4%).

W porównaniu z rokiem 1906 widzimy z tego zestawienia wzrost liczby dzieci wypuszczonych jako wyleczonych i z polepszeniem, zmniejszenie się odsetki wypuszczonych bez polepszenia. Swiadczy to przedewszystkiem o pewnem zwiększeniu się zaufania

do szpitala, wskutek czego łatwiej dają się rodzice namówić do pozostawienia dzieci na czas dłuższy, gdy poprawa nie występuje rychło, pomimo to liczba dzieci zabieranych w tym okresie choroby, gdy leczenie szpitalne jest konieczne, jest dość jeszcze duża i zmniejszanie się tej cyfry świadczyć będzie o podniesieniu się i zaufania do szpitala i do lecznictwa wogóle; do pewnego naturalnie stopnia, gdyż w tej kategorji umieszczani są i chorzy, wypisywani przez lekarza ze szpitala, jako chorzy chroniczni, nie nadający się do leczenia w szpitalu i chorzy zabierani przez rodziców po oświadczeniu, iż stan ich bezwarunkowo grozi zejściem śmiertelnem. Ta ostatnia kategorja, zabierana dość często i ze względu na chęć, aby dziecko „zamknęło oczy" w domu, i z obawy przed sekcją w szpitalu, wpływa w pewnym stopniu na obniżenie odsetki śmiertelności w szpitalu, dla tego też ta odsetka braną być musi względnie, doliczyćby bowiem do niej wypadało pewną liczbę chorych umierających w domu wkrótce po opuszczeniu szpitala. Zaznaczyć muszę, że wskutek usiłowań personelu lekarskiego, ludność korzystająca ze szpitala zrozumiała jednak o tyle interes zdrowotny własnych dzieci, że zabieranie chorych infekcyjnych nawet po oświadczeniu, iż stan jest beznadziejny zdarza się rzadziej, w porównaniu z rokiem 1906. Najlepiej uwidoczni się to na danych z oddziału szkarlatynowego. W roku 1906 zabrano niewyleczonych 34 na 340 t. j. 10%, w r. 1907 zabrano niewyleczonych 11 na 178 t. j. 6%.

Co do oddziału dyfterytycznego sprawa przedstawia się mniej pomyślnie, dzieci zabierane są przed ukończeniem okresu zaraźliwości, ale tu wchodzą w grę i czynniki ekonomiczne — niemożność opłacania przez rodziców za leczenie w przeciągu 3 tygodni przynajmniej, tembardziej, że dziecko indywidualnie jest zupełnie zdrowe, i wadliwość pewna urządzenia oddziału, mianowicie: ozdrowieńcy dyfterytyczni powinni być przenoszeni do oddzielnych sal, inaczej bowiem są zbyt długo „porteurs des bacilles" (przenośnikami prątków) znajdując się w dalszym ciągu w środowisku bakteryjnem. Ma to oprócz szkodliwości nazewnątrz, jako źródła infekcji przy wyjściu dziecka do domu, jeszcze ujemny wpływ na samego chorego osobnika, z chwilą bowiem, gdy odporność po zastrzyknięciu surowicy mija, narażony on jest na reinfekcję.

Zabieranie przedwczesne przez rodziców z dyfterytu lub też wypisywanie przedwczesne dało kilka infekcyj w domu np. dziecko jedno przyjęte 3. VIII z Lar. croup. wzięte do domu 11. VIII, drugie dziecko przywiezione w 4 dni potem z angin. dipht.; 1 dziecko z ang. diphter. i Laryng. croup. przyjęte 23. XI, wypisane 29. XI, drugie dziecko przyniesione 5. XII z ang. dipht.

Zaradzenie temu faktowi, niestety, pozostanie jeszcze przez czas dłuższy rzeczą trudną, bo gdyby nawet szpital zaprowadził oddział dla ozdrowieńców, zabierania przedwczesne z dyfterytu ze względów ekonomicznych nie ustaną.

Z liczby 1453 leczonych w r. 1907 dzieci zmarło 115 t. j. 7% (w r. 1906 — 11%).

Podług oddziałów zmarło:

na chirurgicznym	20 = 5,2%	
na wewnętrznym	37 = 4,9%	
na dyfterytycznym	22 = 15,8%	(w r. 1906 — 8,7%)
na obserwacyjnym	3	
na szkarlatynowym	33 = 15,6%	(w r. 1906 — 25%).

Jak widzimy w roku 1907 na oddziale szkarlatynowym śmiertelność była znacznie mniejszą, niż w r. 1906, wynosiła bowiem 15,6% zamiast 25%. Smiertelność podług oddziałów i miesięcy uwidocznia tablica III.

Z infekcyj wewnątrzszpitalnych w okresie sprawozdawczym wspomnieć należy o kilku przypadkach płonicy na oddziale wewnętrznym w styczniu i lutym z jednego źródła-dziewczynki przyjętej z epilepsją bez wysypki w wywiadach, u której późniejsze łuszczenie ostrzegło co do możliwości szkarlatyny, ale o tyle późno, że już z tego źródła powstały infekcje u 2-ga dzieci i u trzeciej dziewczynki, wypisanej do domu i przywiezionej w 2 dni potem na oddział szkarlatynowy.

W lutym chłopiec przyjęty na chirurgiczny oddział ze spondylitis cervic., u którego w 6 dni po przyjęciu wybuchła szkarlatyna, był również źródłem infekcji u jednej dziewczynki.

W kwietniu 1 infekcja szkarlatyny na oddziale chirurgicznym — źródło niewiadome.

Tak w tych przypadkach, jak i w 3 przypadkach, gdy u dzieci przyjętych na chirurgję w 2 dni wystąpiły pierwsze objawy odry, udało się przerwać dalsze szerzenie się epidemji dzięki odpowiedniej izolacji.

Również ściśle jak w r. 1906 prowadzono dane co do rodzeństwa chorych przyjmowanych do szpitala, a nawet dla uniknięcia przenoszenia infekcji, zwłaszcza szkarlatyny przez osoby odwiedzające, każdy przypadek szkarlatyny wraz z adresem dokładnym wypisywano w kancelarji na miejscu widocznem i sprawdzano przy przyjmowaniu dziecka na inne oddziały, czy nie pochodzi z tego samego domu, w takim wypadku albo izolowano dzieci na pewien czas, albo zabraniano przynajmniej wchodzić odwiedzającym na salę ogólną. Zarządzenie to, ściśle przestrzegane, choć w pewnym stopniu zmniejsza możliwość zawleczenia infekcji przez osoby odwiedzające, w pewnym tylko stopniu, bo przecież część tylko dzieci zaledwie dostaje się do szpitala lub szpital posiada o nich wiadomości. Najniebezpieczniejszymi okresami dla szpitala pod względem zawleczenia infekcji zzewnątrz są nie okresy większych epidemij, a okresy wygasania, gdy i czujność bywa więcej uśpioną i więcej się zdarza przypadków nietypowych, poronnych.

Z działalności poszczególnych oddziałów, których organizacją poruszyłem już w sprawozdaniu z r. 1906, podnieść należy w roku 1907 niektóre szczegóły, — przyczem zaznaczyć muszę, że materjał zbierany był i grupowany w ten sam sposób jak to dla przykładu podane było w pierwszem sprawozdaniu rocznem. Zestawienia te szczegółowe cyfrowe przechowywane będą z roku na rok w ar-

Tablica III. **Zmarło.**

	chirugicz.		wewnętrz.		dyfterycz.		Obserwac.		Szkarlat.	
	chł.	dz.	chł.	dz.	chł.	dz.	chł.	dz.	chł.	dz.
Styczeń	1	3	1	1	—	1				2
Luty	3	—	1	—	—	1	1	—	—	—
Marzec	2	—	1	—	1	1	—	—	2	
Kwiecień	1	1	1	3	3	—	—	—	—	1
Maj	1	—	2	—	1	—	—	—	2	
Czerwiec	—	—	1	3	—	—	—	—	3	3
Lipiec	1	1	4	1	—	—	2	—	—	2
Sierpień	—	—	—	1	3	1	—	—	3	5
Wrzesień	—	—	1	1	—	2	—	—	5	—
Październ.	2	—	1	5	2	—	—	—	2	1
Listopad	2	—	2	3	4	1	—	—	—	1
Grudzień	2	—	—	4	1	—	—	—	1	—
Razem	15	5	15	22	15	7	3		18	15

chiwum oddziałowem i po szeregu lat można będzie z cyfr takich wyprowadzać dopiero wnioski.

Na oddziale wewnętrznym dużą odsetkę chorych stanowiła jak i w r. 1906 — gruźlica płuc, przeważnie w okresach początkowych. Ogółem było dzieci z gruźlicą płuc 136 t. j. 9,2% ogólnej liczby chorych (w r. 1906 — 7,9%). Z tych wypisano z polepszeniem 98, bez polepszenia 23. Zmarło 8. 33 dzieci spędziło w szpitalu więcej niż 30 dni. Z tych 33 dzieci — 12 spędziło więcej niż 40 dni, 2 dzieci 124 względnie 130 dni. Z tych dwojga dzieci przytoczę dane co do jednego: waga przy przyjęciu 17360 gram., przyrost wagi w przeciągu 124 dni — 6520 gram., przyrost wagi dzienny 52,5. Przyrost wagi obliczony na 30 dni — 1575,0. Przyrost wagi w stosunku do wagi przy przyjęciu wyrażony odsetkowo = 37%.

Przyrost dzienny wagi wynosił (obliczono u 119 dzieci).

	w r. 1907.	w r. 1906.
od 1,0 — 10,0	u 9 dzieci = 7,5%	7 dzieci = 15,2%.
od 10,0 — 50,0	u 47 dzieci = 39,3%	16 dzieci = 34,7%.
od 50,0 — 100,0	u 51 dzieci = 42,8%	23 dzieci = 50%.
ponad 100,0	u 12 dzieci = 10%	—

Z porównania tych danych z danemi z roku 1906 widzimy, iż pod tym względem rok 1907 przedstawia się daleko korzystniej Nie ma to wprawdzie znaczenia zasadniczego, gdyż zależy to w znacznej mierze i od przypadkowości w doborze materjału, świadczy w każdym razie, iż djeta szpitalna spełnia nadal dodatnio swe zadanie, co się jeszcze lepiej uwidoczni z zestawienia następnego.

Przyrost wagi w stosunku do wagi przy przyjęciu wyrażony odsetkowo przedstawia się jak następuje:

	rok 1907.	rok 1906.
0 — 1%	9 dzieci = 7,5%	4 dzieci = 9%.
1% — 3%	14 dzieci = 11,7%	10 dzieci = 21,7%.
3% — 5%	23 dzieci = 19,2%	4 dzieci = 9%.
5% — 7%	27 dzieci = 22,6%	10 dzieci = 21,7%.
7% — 10%	23 dzieci = 19,2%	7 dzieci = 15,2%.
10% — 15%	19 dzieci = 15,9%	10 dzieci = 21,7%.
powyżej 15%	4 dzieci = 3,3%	1 dzieci = 2,1%.

Przyrost wagi powyżej 5% przy przyjęciu stwierdzono u 73 dzieci t. j. 61% (w roku 1906 u 28 na 46 t. j. 60%) z 136 dzieci z gruźlicą płuc było: 34 chłopców i 102 dziewczynki (w roku 1906 na 95 dzieci 27 chłopców, 68 dziewczynek), z roku 1906 pozostało 2 chłopców, 11 dziewczynek, przyjęto 32 chłopców i 91 dziewczynek.

Co do wieku:	w r. 1907.	w r. 1906.
0 — 1 roku	— 0	1.
1 — 2 roku	— 6	4.
2 — 5 lat	— 25	17.
5 — 7 lat	— 21	13.
7 — 12 lat	— 74	54.
12 — 15 lat	— 10	6.

Dzieci chorych na tyfus brzuszny było 62, z tej liczby 3 pozostało z roku 1906, 59 przyjęto w ciągu roku 1907. Stosunek do ogólnej liczby leczonych w szpitalu chorych wynosi 4,2% (w roku 1906 — 4,1%) jak to już podniosłem w sprawozdaniu zeszłorocznem odsetka niebywała w miastach kulturalnych.

Z 62 chorych tyfusowych opuściło szpital:

	w r. 1907.	w r. 1906.
wyleczonych	38 = 61,2%	39 = 79,5%
z polepszeniem	11 = 17,7%	3 = 6,1%
bez polepszenia	9 = 14,5%	2 = 4%
zmarło	2 = 3,2%	2 = 5%
pozostało na rok następny	2	3.

Jak widzimy dużą jeszcze odsetkę stanowią dzieci zabierane ze szpitala w okresie wymagającym dalszego leczenia szpitalnego. W dwóch przypadkach, zakończonych zejściem śmiertelnem stwierdzono na sekcji, jak również i klinicznie gruźlicę płuc.

W porównaniu z r. z. leczono na oddziale znacznie więcej przypadków zapalenia płuc płatowego mianowicie 81 przyp. (w r. 1906 — 25). Z tych opuściło szpital jako wyleczeni 60. Z polepszeniem 14, bez polepszenia 6, zmarło 1.

Przypadków meningit. cerebrosp. epid. było w leczeniu 8. Wypisano wyleczonych 2, bez polepszenia 3. Zmarło 3. Leczono jak i w r. z. garącemi kąpielami, systematycznem nakłuciem lędźwiowem.

Cztery przypadki Typhus recurrens wypisano jako wyleczone. Były to dzieci w wieku: 2 od 7 — 12, jedno — 12 lat.

Jak i w r. z. dużą odsetkę stanowiły dzieci z Taenia sol. mianowicie 20 przyp. (w r. 1906 — 17). Po leczeniu Extr. filic. mar. (w pigułkach Mutniańskiego) u 12 wyszedł tasiemiec z główką, u 5 bez główki, u 3 — leczenie pozostało bez skutku.

Leczono na oddziale 2 przypadki u rodzeństwa cierpienia u nas dość rzadkiego t. zw. „Suette miliaire", zakończone wyzdrowieniem, do charakterystyki tego cierpienia należą napady obfite potu, skraplającego się na skórze w postaci prosówki wraz z wysoką ciepłotą i ciężkim stanem ogólnym podczas napadu.

Działalność oddziału dyfterytycznego uwidoczniona została w zestawieniu z rokiem zeszłym na tablicy IV: dane u góry odnoszą się do roku 1906, u dołu do roku 1907. Z 20 przypadków zakończonych śmiercią: 1 nastąpił podczas intubacji, 1 wskutek spóźnionej ekstubacji, 12 wskutek następczego zapalenia płuc, „Herztod" — 4. Zwraca uwagę, iż w 5 przypadkach następczej tracheotomii po dłuższym okresie intubacji, we wszystkich przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne. W 4 przypadkach miało tu miejsce powikłanie ze strony płuc, w 1 – „Herztod". Ogółem śmiertelność na oddziale dyfterytycznym wypada 15,5% (w szpitalu S-go Ludwika w Krakowie podług sprawozdania z r. 1907 — 16,3%) w r. 1906 — 8,7%.

Działalność odziału szkarlatynowego uwidoczniono na tablicy V. Ogólna śmiertelność wypada 18,6% po odtrąceniu 3 przypadków zmar-

Tablica IV. **Oddział dyfterytyczny.**

		Wiek						Razem	Wynik leczenia				
		0—1	1—2	2—5	5—7	7—12	12—15		Wyleczon.	Z polepszenia	Nie wyleczonych	Zmarło	% śmiertelności
angina diphterica	r. 1906			13	5	2	2	29	26	1	1	1	3,4%
	r. 1907		2	11	4	13	2	32	32				0%
bez intubacji	Angina diphterica c. laryng. Croup.	1	2	5		1		9	8			1	11%
		1	4	7	2	1		15	14		1		0%
	Laryngitis croup.		3	8	3			14	12	1	1		0%
		3	9	13	1	2		28	25	1	1	1	3,5%
Intubacja	Angina diphter. c. lar. croup.		2	2				4	2			2	50%
			3	2				5	4			1	20%
	Laryng. croup.	2	2	12	2			18	13	1	2	2	11%
		3	19	8	1	1		32	23		1	8	25%
bez intubacji	Laryng. croup. morbill.												
			5					5	3		1	1	20%
Intubacja	Lar. croup morbill.	1		2				3	2			1	33%
				5				5	1			4	80%
Tracheot.	Laryng. croup.			1				1	1				%
		1						1	1				%
Intnb. Tracheot.	Laryng. croup.		1					1	1 (laryngofis.)				%
		1	2	2				5				5	100%
	Rok 1906	5	10	43	10	10	2	80	65	4	4	7	8,7
	„ 1907	9	44	48	8	17	2	128	102	2	4	20	15,5

Tablica V. **Oddział szkarlatynowy.**

Pozostało z roku 1906 34	Przyjęto	Wypuszczono		Zmarło	
		Wyleczone i z polepszeniem	Niewyleczonych		
Styczeń	16	1	1	2*	
Luty	13	4	2	0	
Marzec	15	16	2	2	
Kwiecień	16	14	0	1	
Maj	10*	10	3*	2	
Czerwiec	24	13	0	6	
Lipiec	12	13	1	2	
Sierpień	36	14	1	8	
Wrzesień	10	19	0	5	
Październik	16	7	1	3	
Listopad	6	11	0	1	
Grudzień	4	6	1	1	
	178* (177)	128	12* (11)	33	pozostało na rok 1908: **6** dzieci.

*) Przyjęte po raz drugi.

łych przed upływem 24 godzin po przyjęciu do szpitala — 16,3% (w roku 1906 — 21,4%).

Z roku 1906 — pozostało na oddziale 34 dzieci, z których wypisano w styczniu 29 wyleczonych lub z polepszeniem, 1 zmarło, w lutym wypisano 4 wyleczonych.

Wiek zmarłych:

od 1 — 2 lat = 4	do 5 lat — 20 na 91 t. j. 21,9%	
od 2 — 5 lat = 16	w r. 1906 — 30,3%	
5 — 7 lat = 7	od 5 — 12 lat — 12 na 76 t. j. 15,8%	
7 — 12 lat = 5	w r. 1906 — 18,7%	
12 — 15 lat = 1.		

Na 177 leczonych dzieci podług wieku było:

1 — 2 lat = 16
2 — 5 lat = 75
5 — 7 lat = 37
7 — 12 lat = 39
12 — 15 lat = 10

Przyjęto na oddział w okresie gorączkowym 155 przypadków, w okresie późniejszym — 22 przyp.

Z tych 16 przyp. z Nephritis post scarlat
2 przyp. z Pleuritis purul. post scarl.
2 przyp. z Mastoiditis post scarl.
1 przyp. z Keratomalacia post scarl.
1 przyp. z Laryngitis croup. in reconvalesc. post. scarlat.

Na 155 przypadków płonicy wystąpiło zapalenie nerek w 40 przypadkach (25,8% — w 1906 — 11,7%), łącznie z przyjętymi 16 — 56 przyp. Nephritis na 177 (31,8% w r. 1906 — 34,4%).

Z innych powikłań zanotowano:		w r. 1906.
Lymphadenitis	33 = 18%	11,6%
Angina diphterica	27 = 15%	7%
Otitis media	18 = 10%	14%
Sepsis	12 = 6,7%	2%
Pneumonia	6 = 3,4%	4,9%
Phlegmone	4 = 2,2%	0,8%
Angina postscarlat.	4.	

Rheumatismus, Noma, Furnuculosis' Pertussis, Varicella, Scabies po 1 (przyjęte z temi powikłaniami).

Surowicą przeciwpłoniczą D-ra Palmirskiego leczono 14 przypadków, z tych zmarło 2 = 14%, z pośród 163 nieleczonych surowicą zmarło 31 = 19%. Wyniki leczenia surowicą, oświetlone z różnych punktów widzenia, przedstawiam w następujących tablicach (VI — IX włącznie).

Badania pośmiertnego dokonano w 27 przypadkach. Tubercul. pulm. — 2, Tuberc. miliaris — 4, Meningitis basil — 3, Mening. cerebrosp. ep. — 1, Vit. cordis — 1, Post typh. abdom. Tuberc. pulm. — 2, Post pneumon. croup. Pleuritis purul. — 1, Abscesus. Peritrachealis — 1, Laryngitis croup. — 4, Corpus alienum in larynge — 1, Pneum, crouppp. — 1, Nephritis interstit. — 1, Sarco-

Tablica VI.

Serja	W którym dniu choroby zastrzyknięto	Rokowanie I	Rokowanie II	Rokowanie III	Rokowanie IV	Ilość przypadków	Ilość zgonów	% śmiertelności	Powikłania: Otitis media	Dyfter.	Lymphadenitis	Nephr.	Phlegm.	Pneum.	Przedziur. podnieb.	Pokrzywka
II Serja	I	1	6			7		0%	1	2	6	3				2
	II	4	6	1		11	3	27,2%	3	2	4	5	1			4
	III	2	4	5		11	3	27,2%	3	4	4	2	1	1	1	3
	IV	—	1	1		2		0%		1	1	1				1
	Ilość i % zgonów podług rokowań %	7 3 12,5%	17	7 3 42,8%		31	6	19,3%	7 22,5%	9	15 48,5%	11 35,5%	2	1	1	10 32,2%
I Serja	I															
	II		2			2		0%				2				2
	III		3	2	1	6	2	33,3	1		1	2				2
	IV		5			5	2	40	1			2				1
	V		1	2	1	4	3	75				1				3
	VIII			1		1	0	0%	1		1	1				
	Ilość i % zgonów podług rokowań %		11 2 18,2%	5 3 60%	2 2 100%	18	7	38,9%	3 16,6%		2 11,1%	8 44,4%				44,4%

Tablica VII.

Co do wieku	PZYPADKI LECZONE SUROWICĄ — Ilość surowicy: 25 ctm.³ I serja	25 ctm.³ II serja	50 ctm.³ I serja	50 ctm.³ II serja	75 ctm.³ I serja	75 ctm.³ II serja	100 ctm.³ I serja	100 ctm.³ II serja	140 ctm.³ I serja	140 ctm.³ II serja	Ilość przypad. I serja	Ilość przypad. II serja	Ilość zgonów I serja	Ilość zgonów II serja	Przypad. nieleczone surowicą: Ilość przypad.	Ilość zgonów	% zgonów	% zgonów w przypad. leczonych surowicą I ser.	% zgonów w przypad. leczonych surowicą II ser.
2—5	2	1	6	12	—	—	1	—	—	—	8	13	6	3	168	51	30,3%	75%	23%
5—7	—	1	1	9	—	—	1	1	—	1	3	12	—	2	160	30	18,7%	10%	16,6%
9—12	—	—	5	4	1	—	1	2	—	—	7	6	1	1					
Ilość zgon. podług ilości sur.	1	—	5	5	1	—	—	1	—	—									
% zgonów podł. ilości surowicy	50%	0%	45,4%	20%	100%	—	0%	33%	—	—									

Przebieg był cięższy niż przewidywano w I serji — w 3 przyp., w II serji w 7 przyp. (co się łatwo tłomaczy tem, że w II serji było daleko wiecej przyp. w I i II dniu, gdy rokowanie jest trudniejsze i zawodniejsze).

Tablica IX.

Dzień zastrzyk.	Ilość przypadków I serja	Ilość przypadków II serja	Ilość przypadków Razem	Ilość zgonów I serja	Ilość zgonów II serja	Ilość zgonów Razem	% śmiertelności I serja	% śmiertelności II serja	% śmiert. ogólny I serja	% śmiert. ogólny II serja
I	—	7	7	—	—	—	—	0%	15% (I–III)	
II	2	11	13	3	3	3	0%	27,2%		
III	6	11	17	3	3	5	33,3	27,2%		
IV	5	2	7	—	—	2	40%	—	38,9%	19,3%
V	4	—	4	—	—	3	75%	--		
VIII	1	—	1	—	—	—	0%	—		

Tablica VIII.

Rokowanie	Śmiertelność podług rokowania					
	Ilość przypadków		Ilość zgonów		% śmiertelności	
	I serja	II serja	I serja	II serja	I serja	II serja
1—2	11	24	2	3	18,2%	12,5%
3	5	7	3	3	60%	42,8%
4	2		2		100%	

ma vesic. urin. — 1, Fractura oss. faciei (commotio cerebri), Mening. purul. — 1, Sepsis — 1, Atresia vesicae felleae — 1, Spondylitis tbc. Tuberc. pulm. — 1.

Działalność naukowa lekarzy szpitala.

Odczyty i demonstracje w Towarzystwie lekarskiem łódzkiem.

Dr. J. Brudziński. Sprawozdanie lekarskie z działalności szpitala Anny-Marji dla dzieci w roku 1906. Posiedzenie z dnia 2 lutego 1907 r.

Dr. J. Brudziński. O objawie Grocco-Rauchfuss-Hamburgera w zapaleniu wysiękowym opłucnej u dzieci. Posiedzenie z dn. 17 Kwietnia 1907 r.

Dr. J. Brudziński. Posiedzenie z dn. 5. VI 07.

1) Demonstracja przypadku Myxoed. inf. po leczeniu thyreoidiną wraz z okazaniem fotografii tegoż dziecka przed leczeniem.

2) Przedstawienie fotografii dzieci z Mongolismus i Mikromelia.

3) Przedstawienie fotografii ciekawych przypadków z oddziału chorób wewnętrznych i preparatów anatomopatologicznych (przypadek przedziurawienia jelita w przebiegu tyfusu, owrzodzenia gruźlicze jelita w zestawieniu z tyfusowemi, fotografje niezwyczajnych pozycyj dzieci z Mening. basil. i Mening. cerebrosp. epid. Barwne rysunki przypadku Noma i Vulvitis diphteroides).

4) Demonstracja objawu Grocco-Rauchfuss-Hamburgera u dziecka z wysiękiem opłucnej.

5) Demonstracja 1 i pół rocznego dziecka z objawami Hemiplegii i z współruchami na kończynach dolnych (contralaterale Reflexe) i tegoż objawu u dziecka z chorobą Little'a.

6) Demonstracja i omówienie wartości klinicznej odczynu Jefimowa na czerwie u dzieci.

7) Demonstracja i omówienie wartości klinicznej odczynu Russo z błękitem metylowym w moczu i t. zw. odczynu tryptophanowego w stolcach u dzieci tyfusowych.

Dr. A. Goldenberg. Zapalenie jamy ustnej (stomacace) u kilku osób jednej rodziny, wywołane prątkami wrzecionowatymi i spirill. Posiedz. 19 czerwca, na posiedzeniu 5 czerwca demonstracja preparatów mikroskopowych z powyższych przypadków.

Dr. A. Goldenberg. Demonstracja preparatów wątroby z przypadku atresia vesicae felleae et ductus choledochi. Posiedzenie z dnia 5. VI 07.

Dr. A. Goldenberg. Demònstracja 2 przypadków peritonitis tuberc. dla różniczkowego rozpoznania z guzami brzucha.

Dr. Jasiński Wacław. Demonstracja 2 dzieci gruźliczych i 1 skrofulicznego z odczynem tuberkulinowym metodą Pirquetta. Posiedzenie z dn. 4 września 1907 r. Na temże posiedzeniu odczyt: O rozpoznawczem znaczeniu szczepienia tuberkuliny u dzieci metodą Pirquetta; na temże posiedzeniu odczyt: Tyfus powrotny u dzieci (z omówieniem 4 przypadków ze szpitala Anny-Marji); na temże posiedzeniu: Demonstracja preparatów nerki i pęcherza niemowlęcia przyjętego z objawami stenosis laryng., u którego po bliższem zbadaniu objawy duszności okazały się zależnemi od mocznicy i ropnego zapalenia pęcherza.

Dr. Mogilnicki T. Demonstracja opasek przepuklinowych gumowych i włóczkowych.

Dr. Okuszko. Demonstracja preparatów anatomopatologicznych, okazów pooperacyjnych i fotografii z oddziału chirurgicznego (kamienie śliniankowe, preparaty amyloidu nerek i wątroby itd.).

Dr. Wł. Schoeneich. Odczyt na posiedz. w dn. 16 stycznia 1907 roku. „Przypadek odmy podskórnej w przebiegu odry powikłanej płonicą“. Odczyt na posiedzeniu w dn. 18 września 1907 r. „O leczeniu zapalenia nerek w przebiegu płonicy“.

Dr. Zieleniewska. Demonstracja preparatu serca z przypadku nadmiernego przerostu serca przy przewlekłem zapaleniu wsierdzia i osierdzia. (Zrośnięcie listków osierdzia na całej przestrzeni, cor bovinum.)

Dr. Zieleniewska. Demonstracja preparatów krwi z przypadku leukaemiae lymphaticae u dziecka. Posiedzenie z dn. 5. VI. 07. Na temże posiedzeniu: Demonstracja przypadku zajęcia pasu barkowego (typ scapulo-humer.) po polyomyel. ant. u dziecka; na temże posiedzeniu: Demonstracja przypadku paral. nervi peronei et tibialis et ischiad. post typh. abdomin. u chłopca.

Na posiedzeniach Sekcji Pedjatrycznej X-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w lipcu 1907 r.

Dr. J. Brudziński. W sprawie leczenia płonicy surowicą przeciwpłoniczą (referat główny). Dziennik X Zjazdu.

Dr. J. Brudziński. Przyczynek kliniczny do rozpoznawania i leczenia Myxoed. inf., Mongolismus i Mikromelia Dziennik X Zjazdu.

Szpital wziął udział w Wystawie przyrodniczo-lekarskiej X-go Zjazdu lekarzy i przyrodników przez wystawienie: 2 kolorowanych dużych rozmiarów widoków gmachów i terytorjum szpitalnego, 6 tablic statystycznych ruchu ogólnego chorych szpitalnych, ruchu chorych ambulatoryjnych i działalności poszczególnych oddziałów, 10 kartonów z planami gmachów szpitalnych, 20 fotografij z wewnętrznego urządzenia szpitala, druków szpitalnych używanych do zbierania danych statystycznych i wydawnictwa szpitala. W oddzia-

le fabryki Konrad, Jarnuszkiewicz i S-ka wystawiono oprócz tego łóżeczko ze szpitala Anny-Marji.

Komitet Wystawy przyznał szpitalowi Anny-Marji *Medal złoty* za „wzorowe urządzenie Zakładu“ i *Dyplom uznania* Drowi Józefowi Brudzińskiemu lekarzowi naczelnemu za „kierownictwo szpitala Anny-Marji“.

Ogłoszono drukiem następujące prace:

1) Dr. J. Brudziński. Pierwsze sprawozdanie roczne z działalności szpitala Anny-Marji dla dzieci w Łodzi. Czas. lek. № 4.

2) Dr. J. Brudziński. Przyczynek kliniczny do zboczeń rozwoju fizyczńego dzieci na tle zaburzeń czynności gruczołu tarczowego (Myxoedema inf. Mongolismus Mikromelia). Czasop. lek. № 6 — 8 str. 213 — 232.

3) Dr. J. Brudziński. Prof. Dr. Maciej Leon Jakubowski. Charakterystyka z powodu ustąpienia z katedry. Gazeta lekarska Grudzień 1907 roku.

4) Dr. J. Brudziński. Pleurésie sérofibrineuse chez les enfants et „signe du sou“. Archives de médecine des enfants № 9. Septembre 1907.

5) Dr. J. Brudziński. Hôpital das Enfants-Malades „Anne-Marie“ à Lodz. Archives de médecine des enfants № 12. Décembre 1907.

6) Dr. A. Goldenberg. O wrzodziejącym zapaleniu jamy ustnej, wywołanem prątkami wrzecionowatymi i krętkami. Czasop. lek. № 6 — 8, str. 232 — 234.

7) Dr. W. Jasiński. Stosunek ciepłoty ciała wewnętrznej do zewnętrznej w różnych stanach chorobowych u dzieci. Czasop. lek. № 6 — 8, str. 191 — 200.

8) Dr. Wł. Schoeneich. Rozedma podskórna w przebiegu odry powikłanej płonicą u dziecka. Czasopismo lekar. № 1 r. 1907.

9) Dr. Wł. Schoeneich. O zapaleniu nerek w przebiegu płonicy. Czasopismo lekarskie № 6 — 8 str. 239 — 247, № 9 — 10 str. 284 — 304.

Personel szpitala pielęgniarski składa się jak i w r. z. z inteligentnych pielęgniarek, które powierzony mają dozór nad dziećmi pod względem wykonania zleceń lekarskich i ogólny dozór w pawilonie nad służbą dodaną im do pomocy. W ambulatorjum czynną jest jedna pielęgniarka, ma do pomocy służącą. Prowadzi ona książki i kartki ambulatoryjne, sortuje chorych pod kontrolą lekarza. W pawilonie chirurgicznym są — 2 pielęgniarki do chorych na dwie sale, trzecia specjalnie do sal operacyjnych, sterylizacji i t. d. Oddział chirurgiczny obsługują 3 służące, z tych jedna nocna i 1 posługacz do sal operacyjnych. Na oddziale wewnętrznym są 2 pielęgniarki, z tych jedna jako wykwalifikowa felczerka zajmuje się apteką, do pomocy mają 2 służące na salach i jedną do oddziału tyfusowego i laboratorjum. Oddział dyfterytyczny nie posiada pielęgniarki stałej, gdyż często bywa niezajęty, opiekuje się nim zapasowa pielęgniarka, mając do pomocy jedną służącą stałą i w razie większej frekwencji na oddziale drugą służącą nocną.

Oddział szkarlatynowy ma stałą pielęgniarkę i 2 służące, przy dużej liczbie chorych dodaje się trzecią służącą nocną. Stacja obserwacyjna obsługiwana jest, o ile jest zajęta, przez służącą zapasową.

Ogółem pracuje w szpitalu: pielęgniarek 8, służby pawilonowej 12 i jeden posługacz chirurgiczny, służby kuchennej i w pralni 8, w szwalni 1, mechanik, portjer, dezyfektor, 2 stróżów z tych jeden nocny i 1 zamiatacz.

Personel administracyjny składa się z 3 osób: przełożonej (intendentki), buchalterki, zarazem spełniającej obowiązki pisarza, i gospodyni, zajmującej się kuchnią i pralnią.

Ruch służby pawilonowej od otwarcia szpitala w listopadzie roku 1905 przedstawia się jak następuje:

Są w szpitalu:

od 1. XI 1905 r. do 1. I 1908 — 1 służąca
od 1. XII 1905 r. do 1. I 1908 — 1.
od 1. III 1906 r. do 1. I 1908 — 3.
od 1. V 1907 r. do 1. I 1908 — 2.

18 służących opuściło szpital w okresie od 1. XI 05 do 1. I 08.

Z tych:

1 była 2 lala
2 były po 1½ roku
15 było od 2 — 6 mies.

Już z tego zestawienia widać, iż służące zmieniają się dość często, zarówno z własnej woli, jak więcej jeszcze wskutek nieudolności do odpowiedzialnej i wymagającej pewnego poświęcenia pracy przy chorych. Wiele bardzo odchodzi z powodu iż „i im się nudzi“ lub że „nie mają cierpliwości do dzieci“. — Wydalenia za przekroczenia ważniejsze zdarzały się rzadko, (raz za uderzenie dziecka, raz za lekkie oparzenie przy obmywaniu w wannie, czego nie można było wytłomaczyć nieumiejętnością, gdyż służąca pracowała 2 lata w szpitalu). Wogóle służba żeńska obchodzi się z dziećmi z pewnym przywiązaniem i takież przywiązanie wytwarza się u wielu i do instytucji.

Zmianę służby administracyjnej jako mniej ważną pomijam tu zaznaczę tylko, że zarówno w pralni, jak w kuchni połowa służby pracuje od otwarcia szpitala.

Zmiemiają się dość często posługacze na oddziale chirurgicznym, jeden tylko był 1½ roku, 2 inni od 3 — 6 mies., ze szkodą dla oddziału, gdyż dużo pracy włożyć trzeba, nim osiągnie się z nich należytą pomoc. Niektórzy z nich jednak pracują potem bardzo odpowiednio.

Pielęgniarki, jak to już zaznaczyłem w pierwszem sprawozdaniu, spełniają swe obowiązki umiejętnie, niektóre z prawdziwem poświęceniem. Zmieniają się dość rzadko.

Z pracujących dotąd w szpitalu pielęgniarek, 3 — pracują od otwarcia szpitala (1. XI 05), 1 — od 1. VII 1906 r., 1 — od 1. I 1907, 2 — od 1. IX 1907 r. Przez 2 lata istnienia szpitala opuściło szpital 8 pielęgniarek. Z tych były: od $1^1/_2$ — 2 lat — 3; od 1 — $1^1/_2$ roku — 2; od 6 — 8 mies. — 3.

Personel lekarski szpitala składał się w r. 1907:

Dr. J. Brudziński — lekarz naczelny i ordynator oddziału wewnętrznego i infekcyjnych.

Dr. J. Watten — ordynator oddziału chirurgicznego.

Dr. W. Schoeneich — lekarz pawilonów infekcyjnych. (od 1. III 1906 r.).

Dr. A. Zieleniewska — lekarz-intern do 1 lipca 1907 r. (od 1. IX 1906 r.).

Dr. W. Jasiński — lekarz-intern od 1 lipca 1907 (przedtem był od otwarcia szpitala do września 1907 r. internem, od 1. IX. 1906 do 1. VII 07 — eksternem no oddziale wewnętrznym).

Dr. T. Mogilnicki — lekarz ambulatorjum (od 1. VI 06, przedtem był od otwarcia szpitala internem).

D. K. Okuszko — lekarz-intern od 1. VI 06 do 1. VII 07 r.

Dr. A. Goldenberg — lekarz-ekstern na oddz. wewnętrz., od 1. IX na oddziale chirurgicznym.

Dr. M. Biernacki — lekarz-intern od 1. VII 1907 r.

Dr St. Rotwand — lekarz-ekstern oddziału wewnętrznego od 1 IX. 1907 r.

Oprócz tego jako eksterni pracowali na oddziale wewnętrznym po kilka miesięcy: Dr. Henryka Rozenblatówna (z uniw. w Berlinie), Dr. Bronisława Neufeldówna, cand. med. Tereszkowicz (z uniw. we Wrocławiu) i stud. med. Bruno Czaplicki (z uniw. we Wrocławiu).

Jako ordynatorzy-kunsultanci czynni byli: Dr. Jan Pieniążek — choroby gardła nosa i uszu, Dr. Zygmunt Golc — choroby skórne, Dr. Józef Michalski — choroby oczu.

Sprawozdanie lekarskie z zakładu lekarskiego w Nałęczowie za rok 1907

(28 istnienia zakładu)*).

podał Dr. **A. Puławski**

dyrektor zakładu, b. ordynator szpitala D. Jezus w Warszawie.

W roku sprawozd. dokonano b. ważnego ulepszenia, na które czekaliśmy z upragnieniem, mianowicie, wystawiono oddzielną kotłownię dla łazienek żelazistych. Istnienie kotła parowego w jednym budynku z kąpielami pociągało za sobą dwie niedogodności: hałas i trudność utrzymania porządku w oddziale kąpielowym. Teraz dopiero można było dać nowy kocioł, odpowiadający rzeczywistym potrzebom, t. j. duży (2 razy większy od poprzedniego) najlepszego systemu, dający o wiele większą ilość pary. Dla zaoszczędzenia pary urządzono aparaty, w których odbywa się natychmiastowe ogrzewanie wody przez przechodzącą parę. Aparat

*) Sprawozd. za r. 1899 w Gaz. Lek. 1900 № 20, za 1900 — w Medyc. 1901 №№ 19 i 20, za 1901, 2, 3 i 4—w Zdrowiu, za 1905 w Czas. Lek 1906 № 4, za 1906—tamże 1907 № 5.

taki ustawiono w natrysku i na próbę do dwóch nowych łazienek żelazistych. Mówię „na próbę“, gdyż ogrzewanie kąpieli żelazistych wymaga tej ostrożności, ażeby, przegrzewając wodę, nie pozbawiać jej wolnego kwasu węglowego, którego w naszem źródle posiadamy niewiele. Ztąd musimy się trzymać ogrzewania systemem *Schwartza* (wężownica na dnie wanny). Ten system ogrzewania nie tylko że jest kosztowny, ale nie daje możności innego urządzenia wanien, jak z dnem drewnianem, co im nadaje pozór bardzo nieestetyczny. O ile się zdaje, nowy sposób przy ostrożnem ogrzewaniu wody żelazistej w aparacie (do 270 R) nie wpływa na jakość kąpieli (co do zawartości wolnego CO_2) ujemnie i może da się zastosować na większą skalę. Usunięcie kotła z gmachu kąpielowego dało możność powiększenia ilości pokojów kąpielowych o 4, co jest wielką dogodnością przy zwiększonej frekwencji. Do nowych łazienek sprowadzono wanny angielskie z masy porcelanowej. Przy tej okazji upiększono poczekalnię, umieszczając w niej duże zwierciadło. Ze względu na kanalizację powiększono wodozbiór wodociągowy i umieszczono go na wyższem miejscu.

Koszt tych nowych urządzeń był dość znaczny, jednakże nie wpłynął zbyt ujemnie na dywidendę (która wyniosła w rb. 3%), dzięki rozłożeniu kosztów i zwiększonej frekwencji.

W roku bieżącym uczyniono pierwszy krok do załatwienia bardzo ważnej kwestji urządzenia lepszej komunikacji ze stacją. Ta droga do stacji to prawdziwa plaga Nałęczowa, stojąca na przeszkodzie od samego początku do prawidłowego rozwoju tej miejscowoś- Nie dość że Nałęczów ma nieszczęście leżeć przy drodze Nadwiślańskiej, która przewozi swych pasażerów żółwim krokiem (145 wiorst od Warszawy do Nałęczowa jedzie się 5 godzin!), nie dość że rozkłady pociągów, zwłaszcza połączenia z Lublinem i Kowlem wiele pozostawiają do życzenia, ale droga od stacji do zakładu w pewnych porach roku i wogóle podczas deszczu wywołuje oburzenie nawet wśród najlepszych przyjaciół Nałęczowa. Wyłożono na nią dużo pieniędzy, zrobiono szosę, ale szosę z miejscowego kamienia, który się lasuje, zamieniając na błoto. Na lepszą szosę (z kamienia granitowego) niema środków, bo o kamień taki trudno. Czekamy na szosę 28 lat, wzdychając do samorządu i poprawy warunków. Tymczasem uzyskano koncesję na budowę *kolejki* i wkrótce weźmie się do jej przeprowadzenia grono przedsiębiorców. Może wreszcie do Nałęczowa będzie się można dostać na sposób europejski!

Z ulepszeń, będących na najbliższym planie, jest wybudowanie nowej sali gimnastycznej i sprowadzenie przyrządów do mechanoterapji. W kuchni zakładowej zaprowadzono dyetę jarską i wogóle dano możność stosowania różnych dyet przy nieznacznym podniesieniu ceny. W r. b. dla dogodności chorych była wydawaną lista gości nałęczowskich (co tydzień).

Frekwencja, jak powiedziałem, zwiększyła się w porównaniu z rokiem ubiegłym (1906) o 130 osób, t. j. wyniosła 890 chorych, nie dosięgając cyfry najwyższej, jaka była w r. 1905 (978) ale zaj-

mując 2-gie miejsce w szeregu 28 lat istnienia zakładu. Z tego 708 osób przypada na t. zw. sezon letni (czerwiec, lipiec, sierpień i wrzesień), 182—na resztę roku t. j. sezon zimowy. Na sezon ten przypada nieco mniej niż $^1/_5$ chorych. Tak jest od r. 1900, kiedy zwrócono szczególną uwagę na udogodnienia dla chorych „zimowych". Do tego czasu sezon ten stanowił niewiele więcej, jak $^1/_{10}$ frekwencji rocznej. Zauważono przytem, że frekwencja wczesnych miesięcy letnich znacznie się zwiększyła. Wtedy kiedy dawniej ilość nowoprzybyłych chorych w maju wynosiła najwyżej 30 osób (1898) spadając niekiedy do 18, w ostatnim roku wyniosła osób 71 (w poprzednich latach 66, 59, 49—najmniej 32 (1900).

Jeszcze więcej daje się to powiedzieć o czerwcu: kiedy dawniej przybywało w czerwcu najwyżej 115 osób (1898), w r. 1904 przybyło chorych 189, a w r. 1905—231! Frekwencja letnia również się powiększyła, zwłaszcza w lipcu (w r. 1898 przybyło chorych 213—w 1907—326, a w 1902—336), ale w stosunku do sezonu zimowego i wczesnego letniego nie widzimy tu tak zwanego postępu.

Przy obecnym stanie środków Nałęczowa, przy braku kapitału na postawienie nowego domu mieszkalnego, Nałęczów wygrywa na tem, aby był zajętym *przez cały rok*, aby jego frekwencja rozlewała się, o ile można, na wszystkie miesiące, co się już dało osiągnąć z 2-ma miesiącami (maj i czerwiec) a po części i z zimą. Skasowanie zimowego sezonu, jak to proponowali kiedyś niektórzy z pp. akcjonarjuszów, byłoby zgubą dla Nałęczowa, odejmując mu charakter zakładu leczniczego, a nadając cechę miejscowości kąpielowej t. zw. Badu, do czego Nałęczów nie może mieć pretensji, nie posiadając ani jakichś szczególnie poszukiwanych źródeł (jak *Ciechocinek* lub *Busk*), ani też wyjątkowego klimatu górskiego lub leśnego (jak Zakopane, Sławuta). Nałęczów stoi na *całości swoich urządzeń lekarskich*, na różnorodności środków leczniczych (kąpiele żelaziste i błotne, hydroterapia, kąpiele powietrzne, kuchnia dyetetyczna it.d.) i rozwijać się może jako t. zw. sanatorjum, zakład nawpół zamknięty, funkcjonujący przez cały rok, gdyż takich zakładów posiadamy niewiele w kraju. Niema wątpliwości, że obok zakładu może i powinno rozwijać się Nałęczów—letnisko, zwłaszcza gdy się polepszy komunikacja, gdy willarze coraz lepiej zrozumieją swój własny interes, dbając o wygody swych gości. Z czasem powstaną tu zapewne i hotele prywatne (dotychczas jest jeden) i dobre pensjonaty (dotychczas są dwa) i kasyno i place dla sportów i wiele innych urządzeń. Ale zakład musi iść drogą, wytkniętą przez swego założyciela śp. dra N o w i c k i e g o jako zakład dla *chorych*, potrzebujących opieki lekarskiej, spokoju, ciszy i odpowiednich wygód.

Wracam do przerwanego wątku. Z ogólnej ilości chorych — 636 przypada na chrześcijan, 254 na żydów. Procent tych ostatnich, wynoszący w roku spraw. $28^1/_2\%$ waha się od 25% — 30%. Raz tylko w r. 1891 doszedł do 40% i w 1892 — do 34%; w roku 1904 spadł do 21%. Przeważnie żydzi pochodzący z Królestwa (149) mianowicie z Warszawy (87); z Litwy było 27; z Podola i Wołynia — 20. Prawie wszyscy (jakie 95%) należą do zacho-

wawców, stołują się w jadłodajniach rytualnych i mieszkają u swych współwyznawców — willarzy. Te jadłodajnie i te mieszkania należą do najgorszych, a wcale nie do najtańszych, co daje powód do częstych narzekań. Mogłaby temu zaradzić większa przedsiębiorczość prywatna, gdyż kontrola i wpływ moralny zakładu nic na to pomódz nie może.

Na 890 chorych — 640 pochodzi z Królestwa, 84 — z Litwy, 96 — z Podola i Wołynia, 47 — z Cesarstwa (przeważnie polacy). Jak corocznie miewaliśmy rodaków z bardzo odległych zakątków — z Syberji i Kaukazu, z Petersburga — 10 osób, z Moskwy — 6, z Ekaterynosławia — 3, z Penzy — 2. Z Krakowa przybyło 6 osób, z Paryża — 1 osoba, był nawet jeden stały mieszkaniec Monte-Carlo, polak rodem z gub. Mińskiej.

Przeważną ilość chorych stanowią urzędnicy rządowi i prywatni z rodzinami (100 osób), właściciele ziemscy i ich rodziny (64 osoby), handlowcy i kupcy przeważnie starozakonni (130 osób), prawnicy z rodzinami (32), lekarze (26), inżynierowie (26), nauczycielki (32), studenci i uczniowie (35), aptekarze (12), księża (14); drobnych rolników i włościan było 14, rzemieślników 17, robotników fabrycznych (na koszt fabryki) — 3. Dzieci do lat 14 było na kuracji 32. Najwięcej chorych było w wieku od lat 30—40 (240), od 30—30 (219) i od 40—50 (191). Mieliśmy jednak i starców od lat 70—80 (10).

Jak zwykle, przeważa ilość kobiet — 513 na 377 mężczyzn; 142 panny na 144 kawalerów, 303 mężatki na 214 żonatych. Z ogólnej ilości 890 chorych do ściślejszej statystyki lekarskiej (patrz tablicę) weszło 864 chorych. Pozostali 26 albo nie zostali przyjęci na kurację, albo też ją przerwali z różnych powodów. Chorzy ci albo mieszkali w samym zakładzie (365) albo po willach (499). Po raz pierwszy przybyło do Nałęczowa 693 chorych, po raz drugi i więcej 171. Z wyraźnego polecenia lekarzy (list) przybyło 356 chorych; bez specjalnego polecenia lub na mocy dawniejszych poleceń — 508.

Chorzy leczyli się ciepłemi kąpielami (żelazistemi, błotnemi, gazowemi i t. d.) — 380; hydroterapją — 306; ciepłemi kąpielami i hydroterapią — 161, innemi srodkami — 17.

W roku sprawozdawczym wydano kąpieli:

żelazistych . .	4427
żelaz.-solnych .	412
borowinowych .	1028
solnych . . .	861
iglicowych . .	764
otrębowych . .	38
migdałowych .	133
ciechocińskich .	86
gazowych . .	1473
hygienicznych .	791
elektrycznych .	316
razem	10213 (w r. z. 10209).

Zabiegów wodoleczniczych wykonano ogółem 21867 (w roku zeszłym 19229).

Załączona statystyka lekarska wskazuje, w jakim kierunku rozwija się zakład leczniczy. Pierwsze miejsce zajmują choroby układu nerwowego (na 864 chorych 522 t. j. przeszło 60%, drugie — choroby ustrojowe (192 t. j. 22%), trzecie należy się chorobom organów krążenia (71 t. j. 8%), czwarte — chorobom kobiecym (38 t. j. 4%). Ten stosunek jest mniej więcej stałym, odkąd się prowadzi i ogłasza drukiem ściślejsza statystyka lekarska t. j. od roku 1900.

Z chorób nerwowych zaznaczyć należy wzrost przypadków *choroby Basedowa.* Wtedy kiedy do r. 1886 nie zaznaczono w księgach lekarskich ani jednego przypadku tej choroby, od r. 1886 — 1900 t. j. w ciągu lat 16 leczyło się na to cierpienie w Nałęczowie 63 osoby *), a w ciągu następnych lat 7 (od 1901 — 1907 włącznie) spotykamy 116 przypadków choroby Basedowa. Zawdzięczać to należy z jednej strony wcześniejszemu rozpoznawaniu tej choroby, jak również dobrym wynikom leczenia, otrzymywanym w Nałęczowie. Nie można tego powiedzieć o *wiądzie rdzenia*, którego ilośc nie powiększa się w szeregu chorób leczonych w Nałęczowie a w roku sprawozdawczym spadła do 6 przypadków. Choroby nerwowe organiczne, jako wogóle nie nadające się do leczenia w zakładach (z wyjątkiem przewlekłych nerwobólów), mało mają u nas przedstawicieli.

Choroby *ustrojowe*, zwłaszcza artrytyzm, stanowią dość pokaźny zastęp chorych, co nakłada obowiązek na zakład, ażeby zwrócił jaknajwiększą uwagę na leczenie dyetetyczne. W roku bieżącym wprowadzoną będzie kuchnia jarska. Powinna być jaknajprędzej stosowana na większą skalę mechanoterapia, co pociągnie za sobą wystawienie odpowiedniej sali gimnastycznej z przyrządami Zander'a lub innymi w tym rodzaju. Przeszkodą do wprowadzenia tych nowości jest obawa podniesienia kosztów kuracyjnych, jakie za sobą te reformy pociągnąć muszą.

Znacznie podniosła się rubryka chorych z cierpieniami *narządów krążenia.* To też w żadnym roku nie wydano takiej ilości kąpieli gazowych, jak w roku sprawozdawczym. Dotychczas stosowano tu kąpiele gazowe tabliczkowe (Motor), należałoby pomyśleć o urządzeniu takich kąpieli z płynnego kwasu węglowego, jako lepiej nasycających się i skuteczniejszych.

Procent kobiet, leczących się na *cierpienia organów płciowych*, jest wyższy, niż go podano w statystyce dlatego, że wiele z nich umieszczono w innych działach, a to z powodu, że za cierpienie główne miano inną chorobę (hysterja, neurestenia, anemia, błędnica i t. d.), a nie cierpienie kobiece.

Dział *chorób umysłowych*, z wyjątkiem może niektórych postaci (jak *status melancholicus*, *psychosis periodica* i in.), nie powinienby wca-

*) B. Malewski. 51 przypadków choroby Basedowa, leczonych w Nałęczowie. Gaz. Lek. 1901 NN 16 i 17. Niektóre z tych osób przyjeżdżały po kilka razy.

le figurowac w statystyce Nałęczowa. Jest to jednak prawie niepodobieństwem, jak to pisałem w roku zeszłym, obronić się od przyjmowania takich chorych ze względu na brak u nas odpowiednich zakładów dla chorych, stojących w progu obłędu. Trzeba czasem dłuższej obserwacji, żeby chorego odpowiednio zakwalifikować. Czasem ta obserwacja okazuje się dla chorego korzystną i pozwala go dłużej zatrzymać, a nawet pobyt w zakładzie okazuje się dla niego odpowiednim.

Bywają i innego rodzaju zdarzenia. Chorzy z własnej inicjatywy, albo też wskutek fałszywego rozpoznania przybywają, i to zdaleka, z chorobami nie kwalifikującemi się do leczenia w zakładzie, a przybywają w stanie tak ciężkim, że ludzkość nie pozwala ich usuwać z zakładu.

W ten sposób w statystyce niniejszej figuruje przypadek *pleuritis tuberculosa*, zakończony śmiercią wskutek *meningitis tuberculosa*. Chory ten przyjechał z rozpoznaniem *cholelithiasis*! Przypadek *endocarditis ulcerosa*, nie leczony w zakładzie lecz na willi, był przysłany ze względu na pobyt na świeżem powietrzu i dogląd lekarski. Tak samo było z przypadkiem raka przełyku i raka krtani (po zrobionej operacji).

Przypadek *alopecia nervosa* dotyczył młodego człowieka, który wskutek ciężkich przejść moralnych, w ciągu 2-ch tygodni utracił absolutnie wszystkie włosy na głowie, wąsach, brodzie, a nawet brwiach. Po kuracji wzmacniającej poddał się leczeniu promieniami Roentgena (w Warszawie).

Sprawozdanie niniejsze uważałbym za niezupełne, gdybym w niem nie podał wiadomości o niektórych faktach, mających pewien pośredni związek z zakładem.

Zakład leczniczy na prowincji u nas staje się z natury rzeczy nie tylko źródłem dobrobytu dla okolicy, ale także i ogniskiem kultury. Dzięki pewnemu skupieniu inteligencji stale tu mieszkającej i przyjezdnej, dzięki łatwemu gromadzeniu funduszow (zabawy, koncerty i t. d.), łatwiej niż gdzieindziej powstają w takich miejscowościach różne instytucje o charakterze społecznym. Zakład, pilnuję zresztą głównych swoich zadań i interesów materjalnych, nie może i nie powinien wyzbywać się pewnej opieki i współudziału w pracy społecznej. Tak było dotąd i, miejmy nadzieję, tak będzie zawsze.

Jedną z takich małych „instytucji", najbardziej zbliżają do zadań zakładu, jest ambulatorjum włościańskie, jako sposób uprzystępnienia i ulepszenia pomocy lekarskiej dla ludności okolicznej. Istnieje ono już „w zasadzie" od lat kilkunastu, ale w ostatnich kilku latach dano mu pomieszczenie w celowo urządzonym budynku, uregulowano godziny przyjęć, opatrzono w nieodzowne narzędzia. Dzięki gorliwości moich młodych współpracowników, kolegów M a l e w s k i e g o, R u d z k i e g o i G l i ń s k i e g o, ilość udzielanych porad dochodzi do poważnych cyfr (w r. 1906 doszła do 4006 — w r. 1899 dano porad 773). Tu się odbywa szczepienie ospy (w r. 1904 — 642 szczepienia), ekstrakcja zębów, opatrunki chirur-

I. Choroby układu nerwowego.

a) czynnościowe	Ilość przypadków	Mężcz. Chrześc.	Mężcz. Żydów	Kobiet Chrześc.	Kobiet Żydów.	Dzieci Chrześc.	Dzieci Żydów.	Wyniki leczenia Wyborny	Wyniki leczenia Dobry	Wyniki leczenia Zły
1. Asthma nerv.	2			1	1			1	1	
2. Enuresis nocturna	2					1	1		1	1
3. Epilepsia	4		2	2					2	2
4. Hemicrania	3				3			1	2	
5. Hysteriasis	118	4	2	57	53	1	1	10	100	8
6. Morbus Basedowii	17	2		11	4			4	12	1
7. Nervositas	16	2		8		5	1		16	
8. Neurasthenia	336	165	63	77	31			62	245	29
	498	173	67	156	92	7	3	78	379	41
b) organiczne										
1. Lues cerebro-spinalis	2	2							2	
2. Neuralgiae	6	2		3	1			5	1	
3. Morbus Ménieri	1			1						1
4. Neoplasma cerebri	1				1					1
5. Paralys. facialis	1			1					1	
6. Paresis brachii	1			1						1
7. Post insult. apoplect.	1			1						1
8. Post haemor. in conu med.	1		1						1	
9. Sclerosis lateralis	1	1								1
10. Spasmus scriptor.	1	1							1	
11. „ sterno-cleido-mast	1			1				1		
2. Spondylosis rhirom.	1	1								1
13. Tabes dorsalis	6	3	1	1	1				3	3
	24	10	2	9	3			6	8	10

II) Choroby ustrojowe i zatrucia przewlekłe.

	Ilość przypadków	Mężcz. Chrześc.	Mężcz. Żydów	Kobiet Chrześc.	Kobiet Żydów.	Dzieci Chrześc.	Dzieci Żydów.	Wyborny	Dobry	Zły
1. Alkoholismus	1	1								1
2. Anaemia	15			11	3		1	5	8	2
3. Arthritis	56	13	5	31	7			8	40	8
4. Chlorosis	21			19		1	1	6	15	
5. Cholelithiasis	8			6	2				8	
6. Debilitas	55	8	4	34	9			10	40	5
7. Diabetes mellitus	5	3	1		1			1	3	1
8. Morphinismus	3	2	1					1	1	1
9. Nicotinismus	3	2	1						3	
10. Nephrolithiasis	1			1					1	
11. Obesitas	8	3		1	4			2	6	
12. Praedisp. catarrh.	2	1			1				2	

	Ilość przypadków	Mężcz.		Kobiet		Dzieci		Wyniki leczenia		
		Chrześc.	Żydów	Chrześc.	Żydów	Chrześc.	Żydów	Wyborny	Dobry	Zły
13. Reconvalescen.	2	1		1					2	
14. Rhachitis.	2					1	1		1	1
15. Rheumat. artic.	4	2		2					4	
16. Scrophulosis.	6					4	2		6	
	192	36	12	106	27	6	5	33	140	19
III) Choroby organów krążenia.										
1. Angina pectoris	3	3							3	
2. Arteriosclerosis	41	21	3	9	8			3	30	8
3. Claudicatio interm.	1			1					1	
4. Endocarditis ulcer.	1	1								+1
5. Myocarditis	10	3		5	2				4	6
6. Vitium cordis	15	5		6	4				10	5
	71	33	3	21	14			3	48	20
IV) Choroby organów trawienia.										
1. Carcinoma oesophagi	1	1								1
2. Colitis chronica	2	2							2	
3. Colitis membranac.	1			1					1	
4. Gastritis atrophica	1	1								1
5. Ulcus ventriculi	1	1							1	
	6	5		1					4	2
V) Choroby organów moczowych.										
1. Nephritis chronica	6	2		3	1				4	2
2. Nephritis tubercul.	1			1						1
	7	2		4	1				4	3
VI) Choroby organów oddechowych.										
1. Carcinoma laryngis	1	1								1
2. Pleuritis tubercul.	1	1								+1
3. Bronchitis apicalis	4			3		1			4	
	6	2		3		1			4	6
VII) Choroby skóry.										
1. Alopecia nervosa	1		1						1	
2 Eczema nervosum	1			1					1	
3. Furunculosis	1	1							1	
	3	1	1	1					3	

VIII) Choroby kobiece.

	Ilość przypadków	Mężcz.		Kobiet		Dzieci		Wyniki leczenia		
		Chrześc.	Żydów	Chrześc.	Żydów.	Chrześc.	Żydów	Wyborny	Dobry	Zły
1. Dysmenorrhea	2			2					2	
2. Endometritis	7			4	3			2	5	
3. Fibromyoma uteri	1			1					1	
4. Metritis	5			4	1			2	3	
5. Oophoritis	7			3	4			3	4	
6. Parametritis	7			3	4			3	4	
7. Pyosalpint	3			2	1			1	2	
8. Retroversio uteri	5			3	2				5	
9. Stenosis ostii uteri	1			1						1
	38			23	15			11	26	1

IX) Choroby umysłowe.

	Ilość przypadków	Mężcz. Chrześc.	Mężcz. Żydów	Kobiet Chrześc.	Kobiet Żydów	Dzieci Chrześc.	Dzieci Żydów	Wyborny	Dobry	Zły
1. Dementia praecox	2	2								2
2. Dementia senilis	3	1		2						2
3. Paralysis progr.	3	3								3
4. Paranoia	4	1	1	2						4
5. Psych. hysterica	3			2	1				2	1
6. Psych. periodica	1				1				1	
7. Status melanchol.	3	1	1		1				3	
	19	8	2	6	3				6	13
Zestawienie ogólne	864	270	87	329	156	14	8	131	622	111

giczne i małe operacje. W roku sprawozdawczym udzielono porad w chorobach wewnętrznych 2312, w chirurgicznych 466, wykonano 303 ekstrakcje zębów, 225 — szczepień ospy, zastrzyknięto surowicę przeciwbłoniczą w 34 przypadkach (razem 3340 porad). Ludność widocznie przyzwyczaja się do racjonalnej pomocy lekarskiej, stroniąc coraz więcej od znachorów i felczerów.

Żonę jednego z rzemieślników zakładowych wysłano na naukę do jednego z przytułków położniczych w Warszawie (kol. F i s z e r a) i miejscowa ludność przyznała w niej bardzo sumienną akuszerkę, która wywalczyła sobie od lat kilku zupełne uznanie.

Z funduszów, zebranych z zabaw i przedstawień amatorskich, zbudowano kąpiele ludowe, które są czynne już czwarty rok, jak się o tem można przekonać ze sprawozdań corocznych, łaskawie drukowanych w niniejszem piśmie.

Muzeum fizjologiczno etnograficzne, założone przez kol. M a l e w s k i e g o przy współudziale dra L a s o c k i e g o i moim, nie

mogąc doczekać się, z powodu braku funduszów, odpowiedniego pomieszczenia przeniesione zostanie wraz z biblioteką do domu ludowego, a raczej do szkoły rolniczej, która po raz pierwszy była czynną w ciągu ubiegłej zimy.

Szkoła koszykarska (założona przez kol. Malewskiego), szkoła zabawkarska (dr. Benniego i dra Łasockiego) zatrudniają sporą garstkę włościańskich synów.

Towarzystwo drobnego kredytu, powstałe z inicjatywy miejscowego aptekarza p. Ojrzyńskiego, miewa już półmilionowe obroty (na kupno ziemi przyznano kredytu w r. b. na 64,000 rubli).

Z inicjatywy, a po części i z funduszów p. Żeromskiego zbudowano piękną ochronę (w stylu zakopiańskim), a miejscowe towarzystwa oświaty lubelskiego „Swiatła“ i zamkniętej, niestety, Macierzy na wyścigi starają się o tępienie analfabetyzmu i ciemnoty.

Potrzeby mieszkańców zaspokajają dwa dobrze prosperujące sklepy dwóch towarzystw współdzielczych „Oszczędność“ i „Życie“.

Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie dnia 4 Marca 1908 roku.

Przewodniczący kol. Krusche. Sekretarz kol. Sonnenberg.

Obecnych 32 członków.

Przed rozpoczęciem posiedzenia przewodniczący, kol. Krusche, wspomniał o stracie, którą poniosło Towarzystwo Lekarskie przez śmierć kol. Markusa Goldsobla. W przemówieniu swem kol. Krusche podniósł zalety zmarłego, jako zdolnego lekarza i dobrego kolegi. Obecni uczcili pamięć zmarłego kolegi przez powstanie z miejsc.

Następnie kol. Saks demonstruje chorą, u której przed 3 tygodniami dokonał rozcięcia kości łonowej przy następujących okolicznościach: Masza M., 27 lat licząca, przybyła do szpitala dnia 11 Lutego r. b. z wyraźnemi bólami porodowemi. Pacjentka rodzi po raz drugi, pierwszy poród przed 1 i pół laty zakończony został wymóżdżeniem płodu. Omawiany poród rozpoczął się przed 36 godzinami, wezwany lekarz skierował rodzącą do szpitala, gdzie stwierdzono brak wód, otwarcie macicy na 3 i pół palców, główka ruchoma, nad wejściem do miednicy umiejscowiona, tętno płodu wyraźne. Pomimo częstych i silnych bólów porodowych, poród w szpitalu w przeciągu 12 godzin zgoła postępów nie robi, wobec tego postanowiono poród zakończyć (conjug. diagon. 12 ctm. — zwężenie zatem miednicy b. umiarkowane); szereg energicznych trakcji kleszczowych zgoła główki z miejsca nie rusza, wobec tego przystąpił kol. S. do hebosteotomii sinistrae modo Doederleini. Krwawienie podczas przeprowadzania instrumentu *b. silne*; operacja trwa minut pięć; kleszcze następnie na główkę wysoko umiejscowioną i jedną trakcją ściągam główkę na dno miednicy — wydobycie płodu trwa również minut pięć. Dziecko płci

mężkiej, silnie rozwinięte, żywe, waży 4000,0 gramów. — Rany górne i dolne zostają zaszyte; pochwa zostaje zatamponowana na 24 godzin, co nie przeszkadza utworzeniu się krwiaka dużego w lewej wardze sromnej, który następnie zropiał, od czego zależało kilkodniowe podniesienie ciepłoty w okresie połogowym. Okres połogowy oprócz powyższego powikłania przebiegł pomyślnie. Po 2 tygodniach chorej pozwolono wstać; chód chorej nieszczególny — i podczas demonstracji chód chorej ma charakter kaczkowaty. Kol. Saks wyraża jednak zdanie, że po niejakim czasie będzie normalny, jak we wszystkich poprzednich wypadkach, przez kol. Saksa operowanych.

(Autoreferat)

Następnie kol. Rosenblat przedstawił:

1) 39-letniego mężczyznę, dotkniętego rakiem krtani. Cierpienie rozpoczęło się przed rokiem. Do kol. R. chory przybył przed 2 miesiącami. Skarżył się na utrudnione połykanie. Przy badaniu okazało się, że guz, wielkości orzecha, ma swe siedlisko na cart. arythenoid. i wypełnia wejście do krtani. Guz zosłał usunięty przy pomocy instrumentu Beckman'a, używanych zwykle do operacji adenoidalnych wyrośli. Zdaniem kol. R. chory do operacji radykalnej nie kwalifikuje się ze względu na siedlisko i rozrost nowotworu, jak również z powodu ogólnej kacheksji. Badania mikroskopowego dokonał kol. Silberstrom.

2) 29-letniego mężczyznę, który od dzieciństwa miał lewe nozdrze zupełnie zrośnięte. Po dokonanej operacji chory nosi gumowy dren u nosa. Przypadek jest ciekawy ze względu na to, że różnica w ukształtowaniu się obu stron twarzy i podniebienia wykazuje wpływ oddychania nosowego na rozwój twarzy i jamy ustnej. (Autoreferat).

W dalszym ciągu kol. Helman odczytał drugą część swego odczytu: „O guzach noso-gardzielowych". Treść odczytu jest następująca: Prelegent rozróżnia 3 kategorje guzów: 1) łagodne, 2) względnie złośliwe, 3) złośliwe. Podaje szczegółową charakterystykę polipów noso-gardzielowych, uwzględnia ich anatomiczną budowę, objawy kliniczne i różniczkową djagnozę oraz leczenie. Następnie prelegent przytacza historję chorób, obserwowanych przez niego 7 przypadków i demonstruje usunięte guzy. W drugiej części odczytu prelegent podaje szczegółową patologję włókniaków noso-gardzielowych, które dzieli na „wewnątrz" i „zewnątrz gardzielowe", mówi o ich etyologji i charakterystycznych właściwościach. Uwzględniwszy różniczkową dyagnozę, kol. H. obszernie opisuje metody lecznicze. Przy gazach złośliwych nie należy, zdaniem pzelegenta, tracić czasu na metody rhinologiczne, gdyż te rzadko prowadzą do celu. Tu doszczętne usuwanie guza, bez względu na rozległość uszkodzeń i oszpecenia chorego, jest conditio sine qua non.

W dyskusji przyjęli udział koledzy: Grabowski, Przedborski, Perlis i Goldman.

Pod koniec posiedzenia przewodniczący zaproponował i obecni uchwalili, aby Towarz. Lekarskie przeznaczyło rub. 25 zamiast wieńca na grób zmarłego kol. M. Goldsobla na rzecz Gimnazjum Polskiego.

Posiedzenie d. 18 Marca 1908 r.

Przewodniczący kol. Krusche, sekr. kol. J. Michalski. Obecnych 35 czł.

Po odczytaniu i przyjęciu przez obecnych protokółu z poprzedniego posiedzenia, kol. Przedborski demonstrował guz miękkiego podniebienia u 17-letniej panny. Guz workowaty, miękki, zajmuje całą prawą stronę podniebienia miękkiego i łączy się z guzem, znajdującym się poza uchem prawem. Charakter guzu—naczyniak.

Następnie kol. Sterling miał odczyt p. t.

Odczyn tuberkulinowy: naskórny, skórny, podskórny i spojówkowy, Autor przeprowadził u 85 dzieci i 348 dorosłych (chorych na gruźlicę płuc różnego stopnia, na zołzy, na gruźlicę chirurgiczną, zapalenie opłucnej, u podejrzanych o gruźlicę i osób z wyleczoną względnie gruźlicą) badania, stosując w celach rozpoznawczych tuberkulinę. Doszedł do wyników następujących: 1) stosowanie tuberkuliny podskórne — jakkolwiek zmudne, długotrwające i mające zastosowanie ograniczone przez liczne przeciw wskazania — jest metodą rozpoznawczą — pożyteczną; 2) odczyny: naskórny (pasta z tuberkuliny i lanoliny bezwodnej) i skórny (Pirqueta) mają wartość względną u dzieci, małą — u dorosłych. 3) Odczyn spojówkowy ma małą wartość u dzieci; u dorosłych większą, niż odczyn skórny. Uderza niezgodność (często bardzo jaskrawa) wyników współczesnego zastosowania kilku z wymienionych odczynów. Nowe odczyny mają w obecnej fazie ich stosowania wartość raczej teoretycznych poszukiwań, a nie metod klinicznych; niewątpliwie jednak warte są dalszych prób, choćby ze względu na wnioski biologiczne, do jakich już dały prawo.

Demonstracje preparatów: kol. Goldman demonstruje preparat wola, usuniętego u 40-letniej robotnicy, i kol. Przedborski skorupki z jajek, wydobyte z tchawicy przez tracheotomję u 10-letniego chłopczyka.

Posiedzenie dnia 8 Kwietnia 1908 r.

Przewodniczący kol. Ks. Jasiński, sekretarz kol. J. Michalski Obecnych 40 członków.

Po przeczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego posiedzenia (z dnia 18 Marca r. b.) przewodniczący kol. Jasiński oznajmił obecnym o nowej stracie, jaką poniosło Tow. Lekarskie — o śmierci kol. Sikorskiego i w serdecznych słowach wypowiedział krótki życiorys zmarłego. Obecni przez powstanie uczcili pamięć zmarłego kolegi. Od Tow. Lek. był złożony wieniec na trumnie ś. p. Sikorskiego.

Następnie odczytał przewodniczący wniesiony do Zarządu Tow. Lek. przez kol. Skalskiego, Sonnenberga, Sterlinga, Brudzińskiego i Michalskiego projekt utworzenia przy Tow. Lek. stałego zbioru wytworów przemysłu lekarskiego krajowego, a to w celu bezustannego przypominania lekarzom o tych wytworach. Projekt ten został przychylnie przyjęty przez Zarząd.

W dyskusji, która się wyłoniła, wszyscy wypowiedzieli się za tem projektem, uważając jednak, że brak odpowiedniego lokalu może stanąć na przeszkodzie powstaniu takiego zbioru. Uchwalono, ażeby projektodawcy wraz z gospodarzem Tow. Lek. kol. Prechnerem utwo-

rzyli komitet, który, po porozumieniu się z Tow. Techników co do lokalu, zająłby się urzeczywistnieniem wniesionego projektu.

Następnie kol. Helman demonstrował 26-cio letniego mężczyznę z nigrities linguae. Na górnej powierzchni języka bliżej nasady przed brodawkami obwałowanymi znajduje się wygórowanie formy owalnej, mające 3 ctm. długości i 2 szerokości, koloru brunatnego, o powierzchni włosiastej, do złudzenia przypominające zmoczony i ściśnięty pędzelek, złożony z włosów, $1^1/_2$—2 ctm. długich. Chory prócz suchości w gardle żadnych innych dolegliwości nie odczuwa. W literaturze niewiele istnieje dotąd tego rodzaju spostrzeżeń. Gdy jedni uważają tę sprawę za przerost nabłonka brodawek nitkowatych z następnem ich zrogowaceniem i odkładaniem w nich barwika, inni uzależniają to cierpienie od grzybka swoistego, mianowicie pleśniaka czarnego. To też Sędziak nadaje temu cierpieniu nazwę „grzybica pleśniowa czarna języka".

Inni jednak autorowie znajdywali cały szereg drobnoustrojów, jak trictosporinum chartaceum, cladotrix, saccharomyces, spirochaeta buccalis i t. d. i uważają je za przypadkowe, wtórne. Choroby zębów i jamy ustnej a zwłaszcza palenie tytoniu sprzyjają powstaniu tego cierpienia. Leczenie według Sędziaka jest zbyteczne. Okunieff radzi ścierać nożyczkami przerosłe brodawki i następnie pędzlować 1—2% rozczynem jodu w glicerynie. To leczenie dawało dobre rezultaty i nawrotu w przeciągu 4—5 lat nie było. (Autoreferat)

Po demonstracyi nastąpiła odkładana przez kilka posiedzeń dyskusja nad demonstracją kol. Rosenblata z dnia 4 Marca, mianowicie o chorym na raka krtani, któremu kol. Rosenblatt usunął część guza instrumentem Beckmana. Radykalnej operacji dokonać nie było niemożliwe, według zdania kol. Rosenblata ze względu na ogólny stan chorego, jak również na umiejscowienie nowotworu na cartil. arythnoidea. Kol. Przedborski po treściwym opisie raków krtani i ich klasycznemu umiejscowieniu dowodził, że należało dokonać operacji radykalnej, endolaryngealna zaś nie miała żadnej podstawy. Zwraca też uwagę na niewłaściwy wybór instrumentu, który przy podobnej operacji użytym być nie może. Kol. Grabowski i kol. Pieniążek popierają zarzut kol. Przedborskiego. W dyskusji przyjmują udział również kol. Sonnenberg i kol. Silberstrom.

Kol. Rosenblat oponentom swoim oświadcza, że operacją swą sprawił choremu ulgę, instrument Beckmana użył dla tego, że innym nie udawało mu się nic zrobić i że operację radykalną w danym razie uważał za niewłaściwą ze względu na ogólny stan chorego, jak również umiejscowienie nowotworu.

Demonstracje preparatów: kol. Helman demonstruje oryginalne ciało obce, usunięte z ucha chorej, dotkniętej otosklerosą. Jestto sztuczny bębenek w postaci gumowego woreczka, włożony przez chorego do ucha w celu poprawy słuchu. Bębenek znajdował się w uchu przez trzy dni i wywołał przekrwienie błony bębenkowej i krwawą wybroczynę w górno-tylnym odcinku. Bębenki te wysyła „Jenaralne biuro eksportowe w Warszawie", które ogłasza szumne reklamy na szpaltach różnych pism pod tytułem „głusi słyszą" i za cenę 10 rb. wysyła szu-

kającym pomocy chorym pudełeczko, zawierające pincetę, drucik do waty i dwie sztuczne błony, o których wartości leczniczej nie warto nawet mowić. Przy tej okazji kol. Helman demonstruje drugi cudowny aparat, reklamowany przez niejakiego „prof. Reith-Horrey z Londynu", posiadającego agentury w różnych krańcach świata. Ten, jak się okazało, pseudoprofesor przesyła za sumę 40—50 rb. aparat elektryczny, mający jakoby być pomocnym na wszystkie choroby uszne, którym towarzyszy głuchota. Wraz z książeczką, zawierającą popularny wykład fizjologii ucha, sprytny ten wynalazca przesyła fotograje wyleczonych jakoby chorych i ich listy dziękczynne. Z powodu licznych zapytań, skierowanych przez chorych do konsula rosyjskiego w Londynie, czy można zaufać obietnicom tego profesora, konsul zwrócił się do angielskiej rady lekarskiej, gdzie otrzymał odpowiedź, że „prof. Reitt-Horrey" nie jest ani profesorem, ani doktorem, a tylko drobnym fabrykantem różnych między innemi i lekarskich przyrządów. Tak podaje redakcja „Miesięcznika chorób usznych" wydawanego w Petersburgu. Ten aparat elektryczny nie daje przedewszystkiem żadnego prądu. Należałoby poruszyć tę sprawę w pismach codziennych, ażeby uchronić nieszczęśliwych chorych od rozczarowań i zmniejszyć liczbę ofiar aferzystów. (Autoreferat).

Kol. Ark. Goldenberg demonstrował zmacerowany płód 3-miesięczny wraz z łożyskiem. Pępowina okręcona była dwukrotnie około szyi i trzykrotnie około przedramienia prawego, co zapewne spowodowało zamarcie płodu. Poroniła go 45-letnia wieloródka w ośm miesięcy po ostatniem miesiączkowaniu, płód więc zmacerowany przebył z 5 miesięcy w macicy. Macica przed poronieniem miała wielkość jak w 3-im miesiącu. (Autoreferat.)

Posiedzenie dnia 29 Kwietnia 1908 r.

Przewodniczący kol. Ks. Jasiński, sekretarz kol J. Michalski. Obecnych 30 członków — członek-korespondent kol. Arnstein.

Po odczytaniu i przejrzeniu protokółu z poprzedniego posiedzenia (8/IV) kol. Arnstein odczytał swą pracę: „*O dwóch nowych źródłach solanki, używanej do picia w Ciechocinku, ich leczniczem znaczeniu i stosowaniu w cierpieniach narządu trawienia*".

Dawniej były stosowane do wewnątrz dwa rodzaje solanki ciechocińskiej: mocniejsza zawierająca przeszło $2^1/_2$% chlorku sodu i słabsza $1^1/_2$%. W ostatnich kilku latach odkryto 2 nowe źródła solanki jedną 1% drugą 0,3%.

Ze względu na mniejszą zawartość w nich chlorku sodu nadają się one bardziej do użycia wewnętrznego aniżeli dawniejsza. Oprócz tego oba te rodzaje solanki są czerpane u źródła, nasycane kwasem węglowym i butelkowane, znajdują się w handlu pod nazwą solanki 1% gazowanej № 10 i 0,3% gazowanej № 8. Zostają one wysyłane po za zdrojowisko, co umożliwia ich stosowanie przy leczeniu domowem.

Solanki te przez umiarkowaną zawartość chlorku sodu i nasycenie kwasem węglowym bardzo są zbliżone do wód, zawierających chlorek zagranicznych: Hamburg, Wiessbaden i Kissingen. I z tego powodu winny znaleść w przyszłości szersze aniżeli dotąd zastosowanie w wielu cierpieniach, w których są w użyciu wody, zawierające chlo-

rek sodu. Należy jadnak wprzód zbadać wszechstronnie ich działanie na ustrój, by na pewniejszych podstawach opisać wskazania do ich stosowania

Uważając za najważniejsze zbadanie wpływu solanek ciechocińskich na narząd trawienia, prelegent wraz z D-rem Róbinem specjalistą chorób żołądkowo-kiszkowych, prowadził szereg doświadczeń z solanką 1% gazowaną № 10 nad wpływem jej na chemizm i mechanizmu żołądka i czynności kiszek u zdrowych i chorych z cierpieniami w narządzie trawienia, a oprócz tego spostrzegał licznych chorych leczonych tą solanką. Wynik tych badań i spostrzeżeń były następujące.

1. Bezpośredniego wpływu solanka 1% gazowana na czynność chemiczną i mechaniczną nie wywiera.

2. Pośredni wpływ, to jest po dłuższem użyciu, jest w przypadkach z normalnym chemizmem bardzo mały; w przypadkach z upośledzonem wydzielaniem jakto ma miejsce przy gastriti mucosa subaci da po pewnym czasie pobudza on niezbyt znacznie czynność wydzielniczą i kwaśność zawartości żołądka i w razie zbyt długiego użycia solanki czynność wydzielnicza spada, co się objaśnia przesyceniem krwi chlorkiem sodu.

Spostrzeżenia nad chorymi leczonymi solanką 1% gazowaną przy cierpieniach żołądkowo-kiszkowych wykazały:

1. W przypadkach nieżytu śluzowego żołądka z upośledzonem wydzielaniem żołądka w znacznej większości przypadków następowała subjektywna poprawa, przyczem kwaśność zawartości żołądka często się wzmagała.

2. W przypadkach nerwic żołądkowych wpływ solanki był bardzo rozmaity, jużto bardzo dodatni, już zupełnie ujemny.

3. W przypadkach zaparcia stolca solanka 1% gazowana działa bardzo pomyślnie i pod tym względem zasługuje na pierwszeństwo przed wszystkiemi innemi wodami, zawierającemi chlorek sodu, a szczególnie przed wodą Kissingen Rakoczy, której wpływ na kiszki jest przy leczeniu domowem bardzo nieznaczny, i przewyższa ona pod względem działania na kiszki solankę ciechocińską 1% niegazowaną której działanie jest mniej stałe i pewne.

Co się tyczy wskazań do użycia solanki ciechocińskiej szczególnie 1%, prelegent na mocy spostrzeżeń swych kładzie nacisk na to, że wszędzie tam gdzie wody, zawierające chlorek sodu, znajdują wskazanie tam i solanka ciechocińska 1% a zapewne i 0,3% znaleźć powinna zastosowanie, szczególnie zaś przy niektòrych postaciach chorób żołądka, przy niektórych postaciach zaparcia stolca, przy zaburzeniach cyrkulacyjnych w jamie brzusznej przy tak zwanej plethora abdominalis, przy lekkich postaciach otyłości jako czynnik pomocniczy, przy niektórych postaciach skazy moczanowej i t. p.

Dalsze badania i spostrzeżenia powinny, zdaniem prelegenta, uzupełnić wskazania do stosowania solanki ciechocińskiej i do rozjaśnienia wiele nastręczających kwestyi dotyczących wewnętrznego użycia solanki. (Autreferat).

W dyskusji, która się wywiązała, kol. Maybaum zaznacza, że uważa wykrycie źródeł do picia w Ciechocinku za poważną zdobycz

dla lecznictwa wodami krajowemi i wierzy, że wody ciechocińskie zdolne będą zastąpić w zupełności wody zagraniczne. Zapytuje się jednocześnie, czy dobre wyniki lecznicze, otrzymane pzzy stosowaniu źródeł ciechocińskich w różnych cierpieniach narządów trawienia są skutkiem picia solanek, czy nie należy ich raczej uzależnić od zmiany dyjety lub trybu życia.

Kol. Arnstein odpowiada, że stosował solanki w praktyce ambulatoryjnej u chorych biednych, gdzie warunki materjalne nie pozwalały zastosować odpowiedniej dyjety. W dyskusji przyjmował udział również kol. Sonnenberg.

Następnie kol. Mogilnicki miał odczyt p. t. *Pasteryzacja czy sterylizacja?* W odczycie tym, powołując się na szereg autorów, przychodzi do wniosku, że w obecnych warunkach racjonalniejsze jest wyjaławianie mleka przez gotowanie niż pasteryzacja i w Kropli mleka powinno być zastosowane wyjaławianie.

W dyskusji kol. Brudziński zaznacza, że były również obawy, czy kulki tłuszczowe w mleku przez gotowanie nie ulegną skupianiu się i stąd mleko straci swą łatwostrawność, jednakże badanie robione przez niego w tym kierunku, okazało, że takiego skupienia kulek tłuszczowych niema, o ile mleko nie jest przewożone na dłuższą odległość. Byłoby też pożądane, ażeby Kropla Mleka miała własne obory.

W dyskusji przyjmowali również udział kol. Trenkner, kol. Silberstrom i inni.

Odbyło się balotowanie kol. Goldberga i kol. Piekarskiego. Kol. Goldberg przyjęty wszystkiemi głosami (19), kol. Piekarski —12 na 7 pustych. *J. Michalski.*

KRONIKA.

(№ 57). W dniu 25 Kwietnia wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu obchodził 50-letni jubileusz utworzenia się wydziału przyrodniczego. Nie wiedząc w czasie właściwym o tym obchodzie, składamy, aczkolwiek spóźnione, tem nie mniej serdeczne życzenia.

(№ 58). Dnia 9-go b. m. odbyło się w Siedlcach pierwsze posiedzenie Towarzystwa lekarzy gubernii Siedleckiej. Na przewodniczącego zebraniu powołany został kol. A. Michałowski z Żelechowa, na asesorów kol. Z. Michałowski z Radzynia i kol. Maluszycki sen. b. inspektor lekarski gub. Siedleckiej, na sekretarza kol. Wąsowski z Siedlec. Po omówieniu spraw dotyczących organizacji Towarzystwa dokonano wyborów i powołano na prezesa kol. Sawickiego, na wice-prezesa kol. Szawelskiego, na sekretarza kol. Wąsowskiego. Poczem odbyły się wykłady kol. J. Pruszyńskiego (z Warszawy) „O zastosowaniu produktów wydzielenia wewnętrznego do celów medycyny praktycznej“ i kol. Korybut-Daszkiewicz (z Warszawy) „O zapaleniu miedniczek nerkowych u dzieci.

Nowemu towarzystwu życzymy rozwoju.

(№ 59). *Koło lekarzy fabrycznych* w Łodzi. Na 350 tysięcy ludności liczy Łódź robotników fabrycznych około 80 tysięcy, czyli ludności fabrycznej około 160 tysięcy. Znakomita część tej ludności jest leczona w specjalnych warunkach przez lekarzy fabrycznych.

O warunkach, jakie charakteryzują ten rodzaj pomocy lekarskiej, pisał kol. S. Sterling w „Czasopiśmie Lekarskiem“ z. r. 1905 *).

Te specjalne warunki stwarzają też szczególny układ stosunków koleżeńskich, stwarzają pewne nowe potrzeby obrony interesów materjalnych, stwarzają — wreszcie — cały szereg zagadnień naukowych i praktycznych.

Gdy przez długi czas znoszono stosunki chaotyczne na tym gruncie wyrosłe, nadszedł wreszcie czas poprawy.

Ponieważ okazało się, że nie rozwiąże trudności Towarzystwo Lekarskie, zwoływano cały szereg zebrań wszystkich lekarzy w Łodzi praktykujących i w ciągu lat 1904, 1905 i 1906-go zastanawiano się nad sposobami unormowania stosunków w tej dziedzinie. Wynikiem tych obrad było utworzenie specjalnego związku zawodowego, Koła lekarzy fabrycznych.

Inicjatorem tego ruchu i stowarzyszenia był kol. S. Sterling. Jako założyciele ustawę podpisali koledzy: Józef Jokiel, Władysław Pinkus, Stanisław Skalski i Henryk Trenkner.

Ustawa Koła, zatwierdzona w d. 1 Lutego r. 1908-go, tak określa jego zadanie:

Koło Lekarzy fabrycznych w Łodzi ma na celu polepszenie warunków pracy swych członków i udoskonalenie sposobów podawania pomocy lekarskiej ludności fabrycznej m. Łodzi i jej okolic.

Na czele Koła stoi sekretarjat z trzech członków i dwu zastępców.

Członek płaci wpisowego jednego rubla i składki rocznej dwa ruble.

Inne paragrafy ustawy określają prawa i obowiązki członków i różne szczegóły urządzenia, podobne do ogólnie przyjętych.

Do Sekretarjatu Koła na r. b. wybrano kolegów: W. Pinkusa, S. Skalskiego, J. Jokla, N. Goldbluma i J. Michalskiego (dwaj ostatni — zastępcy.

Na trzech zebraniach organizacyjnych opracowano regulamin Koła i powzięto szereg uchwał, z których trzy mają znaczenie poważniejsze.

Po pierwsze, zatwierdzono uchwałę o wysokości wynagrodzenia za pomoc lekarską robotnikom i ich rodzinom, uchwałę powziętą jeszcze w okresie tworzenia się związku; ta uchwała już poważnie przyczyniła się do podniesienia stopy honorarjów lekarskich w danym zakresie.

Po wtóre, uchwalono: „Lekarze fabryczni odmawiają wydawania opinji ostatecznych o skutkach wypadków przy pracy—Towarzystwom ubezpieczeniowym“.

Powyższa uchwała ma bardzo ważne znaczenie zasadnicze.

Lekarz fabryczny, mając z bardzo różnych powodów utrudnione zyskanie sobie zaufania swej przymusowej klijentki, staje w

*) Patrz też: Medycyna w Samorządzie. Warszawa 1904.

chwili wydawania tych opinji w roli zupełnie nielicujące z jego zadaniem terapeuty. Ztąd powstają bardzo przykre stosunki, źle oddziaływające na spełnianie jego głównych obowiązków — lekarskich.

Ale prócz tej jest też i druga sprawa, ważniejsza.

Robotnika skaleczonego lekarz fabryczny ma obowiązek leczyć i dla tego o stanie jego zdrowia (resp. choroby) musi zdawać sobie dokładną sprawę, t. j. postawić rozpoznanie. To też podzielić się tą wiadomością z Towarzystwem ubezpieczeniowem łatwo może, to czyni i czynić powinien.

Inna zgoła sprawa z tak zwanem świadectwem ostatecznem, w którem ma oznaczyć zejście wypadku i określić stopień straty zdolności do pracy zawodowej.

Lekarz-terapeuta nie jest zgoła do tej roli rzeczoznawcy przygotowany; więc—o ile, jak dotąd, orzeczenie wydaje—czyni to niedostatecznie.

Sprawa, którą wszędzie uważają za bardzo trudną i zawikłaną, jest u nas od ręki załatwiana —z pogwałceniem powagi naszej nauki, która w tym kierunku wyrobiła już cały długi szereg metod ścisłych i cały arsenał przyrządów.

Ponieważ zaś żaden mus nie znagla lekarza fabrycznego do tej czynności rzeczoznawcy, której się zgoła nie podjął, podejmując obowiązki lekarza fabrycznego; ponieważ on żadnych obowiązków dla Tow. ubezpieczeniowych niema; ponieważ tylko z braku przełożenia czynił to (jak powiedziano wyżej: wadliwie) przez cały szereg lat; więc powyższa uchwała była koniecznością, na którą czekano tak długo li tylko z braku porozumienia między zainteresowanymi.

To też już na początku swego istnienia Koło tę sprawę rozwiązać musiało.

Zarazem zaś musiało pomyśleć o zorganizowaniu racjonalnego rzeczoznawstwa w zakresie urazownictwa fabrycznego.

Trzecią więc uchwała tyczy zorganizowania przy Kole stałego biura ekspertyz lekarskich.

„Wydział ekspertyz“ przy Kole lekarzy fabrycznych w Łodzi będzie funkcjonował na zasadach następujących.

§ 1. Zadaniem W. E. jest określanie stopnia straty zdolności zarobkowej osób poszkodowanych na zdrowiu wskutek nieszczęśliwych zdarzeń przy pracy zawodowej.

§ 2. Skład Wydziału stanowi dziewięciu członków Koła na ogólnem zebraniu wybranych.

§ 3. Do składu Wydziału może być zapraszany doradca prawny, przez sekretarjat wybrany.

§ 4. Wydział ma prawo utrzymywania lokalu do badań i kancelarji.

§ 5. Pełnomocnictwa członków Wydziału trwają przez rok.

§ 6. Z grona swego wybiera Wydział trzech Starszych Wydziałowych, którzy kolejno—w ciągu 4-ch miesięcy—są szefami kancelarji i przewodniczą na sesjach.

§ 7. Na każdą sesję Wydziału Ekspertyz przybywa dwu członków Wydziału i Starszy Wydziałowy, w danej chwili mający swą kadencję.

§ 8. Ekspertyzy niewymagające specjalnego badania poszkodowanego są dokonywane podczas sesji i motywowane orze-

czenie o nich zostaje bezpośrednio po tem wydane.

§ 9. W razie potrzeby badania specjalnego poszkodowany zostaje odesłany do biegłego, przez członków sesji z listy wybranego, a orzeczenie odłożone aż do czasu otrzymania opinji biegłego.

§ 10. Jeżeli biegły nie dostarczy swej opinii w terminie przez sesję wskazanym, nie może rościć sobie pretensji do wynagrodzenia, a poszkodowany zostaje odesłany do innego biegłego.

§ 11. Lekarze życzący sobie pełnić czynności biegłych wpisują się do odpowiedniej listy Wydziału, podając zakres swej biegłości.

Uwaga. Członkowie Wydziału nie mogą być biegłymi — specjalistami.

§ 12. Sesje Wydziału odbywają się w miarę gromadzenia się spraw, nierzadziej jednak, jak co dwa tygodnie.

Odbywają się o godzinie siódmej wieczór.

§ 13. Członek Wydziału, nieprzybywający na sesję płaci kary rubli jeden. Trzykrotne kolejne nieprzybycie na sesję, bez słusznej przyczyny, uważa się za wystąpienie z Wydziału.

§ 14. Ekspertyzy są dokonywane na żądanie towarzystw asekuracyjnych, władz, właścicieli fabryk, lub samych poszkodowanych.

§ 15. Żądający ekspertyzy i wydania piśmiennego orzeczenia o jej wyniku zawiadamia o tem kancelarję Wydziału, wyłuszczając wyczerpująco zakres żądanej ekspertyzy; jednocześnie z tem wpłaca wynagrodzenie za ekspertyzę.

Odpowiedź zostaje zakomunikowaną wyłącznie żądającemu orzeczenia Wydziału.

§ 16. Po otrzymaniu zawiadomienia Starszy Wydziałowy wyznacza termin sesji, na której sprawa ma być załatwiona, zapraszając na nią poszkodowanego.

Uwaga. Za nieprzybycie na ten termin poszkodowany płaci rubli dwa kary (o ile nieusprawiedliwi wcześniej swego nieprzybycia).

§ 17. Wydział ma prawo zwracania się z zapytaniem do lekarza, który leczy poszkodowanego; za każdą odpowiedź na takie zapytanie Wydział płaci rubli dwa.

§ 18 Za swe czynności pobiera Wydział następujące opłaty:

1) za ekspertyzę wydziałową— rubli 5.

2) za ekspertyzę konsultacyjną —rubli 15 przy jednym biegłym-specjaliście, rubli 25—przy dwu biegłych i t. d.

Za umieszczenie poszkodowanego—w celach obserwacji—w lecznicy lub szpitalu, Wydział pobiera opłatę podług specjalnej w każdym przypadku umowy z żądającym orzeczenia.

§ 19. Za swe czynności pobierają członkowie wydziału:

1) Od każdych rubli 5, płaconych za ekspertyżę wydziałową, po rubli 1 (razem rubli 3).

2) Od każdych dodatkowych rubli 10, płaconych za ekspertyzę konsultacyjną, po kop. 50 (razem 1,50).

§ 20. Biegli-specjaliści za swą czynność pobierają po rubli 8— za zbadanie poszkodowanego, wydanie swej opinii i przybycie na sesję wydziału (o ile ich obecność wydział uzna za potrzebną).

Uwaga. W razie żądania sesji biegły jest obowiązany do badania dopełniającego, bez żądania za to oddzielnego wynagrodzenia.

§ 21. Sumy pozostałe służą do utrzymania gabinetu, kancelarji i t. p.

§ 22. Sekretarjat ma prawo kontroli Wydziału ekspertyz i otrzymuje roczne sprawozdanie o jego działalności.

Powyższy projekt ma wejść w życie z dniem 1 Października rb.

Należy się spodziewać, że towarzystwa ubezpieczeniowe poprą usiłowania Koła; jedynie bowiem tą drogą będą miały zapewnione objektywne, t. j. naukowo uzasadnione orzeczenia o skutkach zdarżeń nieszczęśliwych przy pracy.

(№ 60) *Wystawa hygieniczna w Lublinie* (p. №. 45) otwarta ma być we wrześniu r. b. i trwać trzy tygodnie. Komitet wystawy stanowią: prezes Przanowski Le on, wiceprezesi Zaremba Konstanty i dr. Tołwiński Władysław, członek Zarządu Domański Emilian, skarbnik Piotrowski Tadeusz, gospodarz Wierciński Gustaw, sekretarz dr. Modrzewski Jan, oraz członkowie: Bańkowski Feliks, Bronikowski Antoni, Budny Nikodem, dr. Dobrucki Stanisław, Florkowski Juljusz, Fudakowski Bronisław, Graf Władysław, Haberlau Gustaw, Hesse Wilhelm, dr. Jaworski Aleksander, Kipman Jakób, dr. Klarner Szymon, Kuczyński Aloizy, Krausse Henrrk, Markowicz Jan, Paprocki Henryk, Piątkowski Jan, dr, Piętkowski, Bronisław, Pieszczyński Józef, Polak Józef [czł. honor.], Rojowski Tadeusz, hr. Szeptycki Aleksander, Wiercieński Henryk, Vetter Juljusz, Zarębski Apolinary, Wystawcy proszeni są o zgłaszanie się pod adresem sekretarza Wystawy d-ra Modrzewskiego [Lublin, Krakowskie-Przdmieście 15].

Program Wystawy Hygienicznej w Lublinie w 1908 r.

Dział I. Hygiena dziecka. Dział ten obejmuje wszystko, co ma styczność z wychowaniem dziecka, począwszy od jego pierwszych chwili życia, aż do wieku szkolnego; a więc wylęgniarki, urządzenia kropli mleka, kołyski i wózki dziecinne, zabawki drewniane, gumowe lnb papierowe i wszystko wogóle, co dotyczy okresu wychowania dziecka. Poza tem wyroby dziecinne z zakładów dobroczynnych.

Dział II. Hygiena wychowawczo-pedagogiczna. Obejmuje wszystko, co dotyczy wieku szkolnego; a więc budynki szkolne i ich-hygienę; hygienę metod nauczania, plany zajęć w szkole, przerwy między lekcjami, modele do nauczania poglądowego, modele do rozwiązywania zadań matematycznych, tablice, przybory i materyały piśmienne, podręczniki szkolne, wydawnictwa pedagogiczne, szkoły dla słabo rozwiniętych, dla ociemniałych, głuchoniemych i ułomnych, hygienę młodzieży w szkole i po za szkołą, choroby szkolne, fizyczne wychowanie młodzieży, kolonie wakacyjne, ogródki freblowskie, boiska, ogrody i parki Jordana, przyrządy gimnastyczne, sporty, zabawy i. t. d.

Dział III. Hygiena mieszkań. Obejmuje urządzenia mieszkań wogóle: umeblowanie [łóżka, materace, umywalnie i. t. d.], gaz i elektryczność w mieszkaniu, ogrzewanie [piece, drzwiczki hermetyczne, kominki, przybory do pieców i kominków, piece wentylacyjne, kaloryfery], oświetlenie, przepowietrzanie, zaopatrywanie w wodę [filtry, wanny, natryski] usuwanie odpadków i nieczysto-

ści [waterklozety, puderklozety, przyrządy do usuwania śmieci], proszki odwaniające, kanalizacyę mieszkań, zabezpieczenie od pożarów, posadzki cementowe, terrakotowe, drewniane, korkowe i inne, obicia, dermatoidy, ceraty, chodniki, linoleum, dywany, portiery, pokrycia na meble, osuszanie mieszkań, przyrządy zabezpieczające od upadku w czasie mycia okien, wzorowe urządzenia mieszkań zbiorowych, tanie mieszkania, kuchnie zwyczajne i gazowe, nasady kominowe, meble ogrodowe, wyroby druciane i koszykarskie, kosiarki do gazonów, kosy do trawników i upięszanie mieszkań wogóle.

Dział IV. Hygiena żywienia. Działu tego dotyczy hygiena jamy ustnej i fizjologia trawienia, skład chemiczny i znaczenie pokarmów, wykazane zapomocą tablic poglądowych, analiza wody i pokarmów, jak również przyrządy, do tych badań używane, walka z alkoholizmem, produkty spożywcze jak oto: buliony, konserwy mięsne, produkty masarskie, konserwy owocowe, konserwy z jarzyn, mąka, kasza, pieczywo, makarony, pierniki i wyroby cukiernicze, miody, nalewki, wina, wina owocowe, likiery, mleczarstwo i cukiernictwo. Używki jak: kawa, herbata, kakao, tytuń, piwo, kumys, oleje roślinne i tłuszcze zwierzęce. Urządzenie kuchni, śpiżarni, piwnicy, mleczarni, piekarni, cukierni, restauracyi, piwiarni i. t. d.

Dział V. Hygiena odzieży. Obejmuje materyały surowe i przerabiane. Garbarnie, fabryki płócien, perkali, kortów sukien i. t. d. Pościel i puch. Ubiery letnie zimowe, sportowe, szkolne. Obuwie, pończochy, bielizna, gorsety, kapelusze.

Materjały farbowane, pralnie zwyczajne i chemiczne, wykazanie szkodliwości ubrań nieodpodnich dla zdrowia. Dery, kołdry, szale, poduszki, przybory toaletowe, rękawnictwo i przybory podróżne.

Dział VI. Hygiena miast i urządzeń, służących ku zachowaniu zdrowia ludności. Obejmuje ogrody publiczne, zakłady kąpielowe, studnie, wodociągi, oświetlenie (nafta, gaz, elektryczność, acetylen), kanalizację, biura, sklepy, miejsca widowisk publicznych, hale targowe, zakłady dobroczynne, rzeźnie, ochronę zwierząt, sposoby oczyszczania wód ściekowych, bruki, usuwanie śmieci, upiększanie miast, pogotowie ratunkowe, ratownictwo od pożaru, usuwanie dymu i sadzy, cmentarze i krematorja.

Dział VII. Hygiena fabryk i stanu robotniczego. Dział ten obejmuje tablice statystyczne chorób i wypadków zawodowych. Ubezpieczenie robotników Hygienę motorów fabrycznych. Motory i aparaty zabezpieczające od wypadków. Okulary ochraniające oczy. Odzież robotniczą w zastosowaniu do rodzaju pracy. Plany i modele pomieszczeń fabrycznych, wody ściekowe i odpadki z fabryk, kanalizację fabryk, mieszkania dla robotników.

Dział VIII. Hygiena kolejowa. Obejmuje statystykę chorób i wypadków zawodowych. Ubezpieczenie oficjalistów kolejowych. Organizacyę leczniczą i ratunkową na kolei. Hygienę wagonu kolejowego wogóle, wagony i pociągi sanitarne, środki i urządzenia, zapobiegające nieszczęśli-

wym wypadkom na kolei. Odzież dla oficjalistów badanie stanu zdrowia oficjalistów kolejowych. Oczyszczenie i odkażanie wagonu. Przewożenie zwierząt. Kolej na usługach przemysłu.

Dział IX. Hygiena ludowa. Dotyczy zastosowania zasad hygieny do potrzeb i warunków życia wiejskiego, a więc: plany i modele czworaków, chat i innych budowli wiejskich z ich wewnętrznem urządzeniem. Ubiory ludu z różnych okolic kraju, kąpiele ludowe, zaopatrywanie wsi w wodę, naczynia i sprzęty ludowe, środki dyetetyczne, środki do zażegnywania chorób, leki sympatyczne, uprzedzenia i przesądy.— Wypadki przy obsłudze maszyn rolnych i statystyka takowych.

Dział X. Balneologia. Dotyczy zdrojowisk i przetworów, w takowych otrzymywanych. A więc plany, mapy, fotografie i opisy zdrojowisk i miejscowości klimatycznych. Urządzenia balneotechniczne i próbki przetworów.

Dział XI Bakterjologia, choroby zakaźne i ich zwalczanie. Obejmuje przedstawienie zarazków chorobotwórczych w preparatach, hodowlach i rysunkach. Narzędzia i przyrządy do tego używane, szczepionki obronne dla ludzi i zwierząt, kamery i aparaty dezynfekcyjne w oryginale i modelach, zakłady szczpień wodowstrętu, zakłady krowiankowe, stacje szczepień ospy ochronnej, laboratorja chemiczne i bakterjologiczne, graficzne przedstawienie szerzenia się choróh zakażnych.

Dział XII. Szpitalnictwo. Obejmuje plany szpitali i opisy lub modele ich wewnętrzych urządzeń, meble i naczynia szpitalne, meble operacyjne, urządzenie sal ambulatoryjnych, operacyjnych i opatrunkowych. Aparaty sterylizacyjne, pralnie, kuchnie i inne ubikacje szpitalne. Graficzne tablice ruchu szpitalnego; szpitale specjalne, sanatorja, domy zdrowia i stacje ratunkowe.

Dział. XII. Przemysł techniczny w zastosowaniu do hygieny i lecznictwa. Obejmuje narzędzia lekarskie jak oto: instrumenty chirurgiczne, położnicze, anatomiczne, dentystyczne, weterynaryjne. Przyrządy ortopedyczne, elektrolekarskie, chemiczne, fizyczne, optyczne, meteorologiczne, przyrządy do pielęgnowania chorych, aparaty fotograficzne i akcesorya do takowych, urządzenia do rentgenoskopii i rentgenografii, urządzenia do leczenia światłem elektrycznem i słonecznem, wagi, wyroby gumowe, pasy, podkłady, poduszki, pończochy, bandaże, wyroby szczotkarskie, papiernictwo, introligatorstwo, litografie, fotografie amatorskie, napisy na szkle i porcelanie.

Dział XIV. Przemysł chemiczny w zastosowaniu do hygieny i lecznictwa. Obejmuje fabryki przetworów chemicznych, fabryki farb olejnych i akwarelowych, farbiarstwo, wyrób cementu, mydeł, świec, pachnideł, kosmetyków, atramentów, czernideł i smarów. Fabryki sztucznych wód mineralnych i soli zdrojowych, środki dezynfekcyjne i odwaniające, naczynia chemiczne i apteczne ze szkła, fajansu, porcelany, krzemionki i gliny.

Dział XV. Aptekarstwo. Obejmuje przyrządy i przybory aptekarskie, środki lecznicze, specyfiki farmaceutyczne, wina lecznicze dyetetyczne, wody mineralne sztuczne, farmakoe wytworną, opatrunki chirurgiczne, urządzenia

wzorowych aptek i stytystykę aptekarską.

Dział XVI. Statystyka naukowa. Diagramy, kartogramy, tablice poglądowe i statystyczne. Wyniki badań antropologicznych i antropometrycznych. Wykopaliska. Piśmiennictwo hygieniczne, lekarskie i przyrodnicze. Preparaty i modele anatomiczne i anatomopatologiczne. Okazy i zbiory przyrodnicze, mapy statystyczne. Modele naukowe. Statystyka weterynaryjna. Wyniki badań i spostrzeżeń meteorologicznych.

Wszelkich informacji udziela Sekretarz Wystawy D-r Jan Modrzewski (Lublin, Krakowskie-Przepmieście 15).

(№ 61). *Warszawska kasa pożyczkowo oszczędnościowa Lekarzy* w r. 1907, tj. w ósmym roku swego istnienia, zamknęła bilans roczny sumą 46,396 rubli. Kasa w roku ubiegłym osiągnęła czysty zysk. Członków 146. Prezes zarządu L. Guranowski.

(№ 62). *Stowarzyszenie lekarzy polskich* w Warszawie wydało 1-sze sprawozdanie za czas od 1.X-go 1906 do 1.I. 1908. Członków 369. Przy stowarzyszeniu istnieje komisja sądu koleżeńskiego i sprawy bytu lekarzy. Stowarzyszenie miało dochodu 7296 rb., wydatków 6365 rb. Dług Stow. wynosi 1725 rb., wartość inwentarza 2703 ruble.

(№ 63) W Warszawie świeżo zawiązane Towarzystwo dla walki z chorobami wenerycznemi podzieliło się na sekcję lekarską i prawną. Towarzystwo liczy dotąd 50 członków.

(№ 64) Ruchomy oddział okulistyny na Podolu. Kuratoryum im. Cesarzowej Marji Aleksandrówny wysyła na Podole w pierwszych dniach maja r.b. leczniczy oddział okulistyczny pod kierunkiem ordynatora kliniki okulistycznej uniw. odeskiego Dr. Gukowskiego. Działalność swą oddział rozpocznie w miasteczku Pikowie, powiatu winnickiego.

(№ 65) Na ręce prezesa Tow. lek. wileńskiego przyszło zawiadomienie, że zaproszenia na posiedzenia tego towarzystwa mogą być drukowane tylko w języku urzędowym.

(№ 66) Nadesłano nam bardzo pomysłowo i wyczerpująco ułożony kwestjonarjusz w sprawie szerzenia się gruźlicy wśród klasy roboczej Zagłębia Dąbrowskiego.

Autorem kwestjonarjusza jest kol. M. Wołkowicz,

Opracowania tą drogą zebranego materjału ma się podjąć Oddział Sosnowicki Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego.

(№ 67) *Pensjonat leczniczy dla dzieci i młodzieży* prowadzi w *Rabce* p. Julja Benoni-Dobrowolska. Zakład pozostaje pod opieką stałą lekarza (D-ra Supińskiego), przyjmuje dzieci od lat 4-ch, zapewniając im nietylko sumienną, lecz i serdeczną opiekę. Willa „Maciejówka“, siedziba pensjonatu, położona w najdogodniejszym suchym miejscu Rabki, niedaleko od kąpieli, umeblowana z prostotą i czystością wzorową, sprawia już nazewnątrz bardzo miłe wrażenie.

Doświadczenie dotychczasowe wykazało, że dzieci więcej korzystają z kuracji w zakładzie, niż gdy przebywają z rodziną: wpływa na to cały ustrój zakładu, rozkład dnia do ich potrzeb zastosowany, zachęcający przykład rówieśników. Tak przykre dla dzieci leżenie po kąpieli, picie wo-

dy—odbywane w gromadzie, przy czytaniu, opowiadaniu powiastek staje się mniej strasznem: wspólne gry, zabawy, wycieczki, ładna bibljoteczka na miejscu, fortepian nie dopuszczają nudów i rozkapryszenia.

Żywienie (5 razy dziennie), zastosowane. do przepisów lekarskich, jest smaczne i obfite, co najlepiej wykazuje waga: pomimo kąpieli stale się powiększająca. W pensjonacie panuje atmosfera prawdziwie rodzinna, i nawet malcy kilkoletni czują się jak w domu.

Ceny są możliwie niskie, przystępne dla rodziców mniej zamożnych, którzy sami z dziećmi wyjechać nie mogą.

Wynoszą one od 35—85 koron tygodniowo. Lekarza, aptekę, kąpiele liczy się oddzielnie. (M. R.)

(№ 68). „Głos lekarzy" (w swoim dodatku esperanckim) podjął ankietę międzynarodową w sprawie tajemnicy lekarskiej. Z odpowiedzi — w przekładzie na polski — podajemy poniżej pierwszą (kolegów L. Zamenhofa i W. Róbina z Warszawy).

„W sprawie, którą porusza ankieta „Głosu lekarzy", zdaje się, że żaden inny kraj nie może dostarczyć tyle zajmującego materjału, lecz zarazem tak niedokładnego, jak Polska. Gdy prawie wszystkie państwa posiadają mniej więcej ściśle określone poglądy w sądownictwie i w społeczeństwie o tym przedmiocie, my nie posiadamy ich ani w państwowym kodeksie, ani w opinii naszego kraju, która dotąd mało tą sprawą się interesowała. Dla tego często napotykamy na pewnego rodzaju sprzeczność między kodeksem i praktyką sądową z jednej strony a zapatrywaniami świata lekarskiego i społeczeństwa z drugiej strony. Ale w ostatnim czasie i nasze społeczeństwo poczęło widocznie więcej interesować się tem zagadnieniem, ważnem z wielu względów.

Odpowiedź naszą na pytania ankiety starać się będziemy oprzeć po pierwsze na obowiązującym u nas kodeksie, powtóre na zdaniach, które mieliśmy sposobność poznać w ostatnim dopiero czasie. Ponieważ jednak materjał, który powiodło nam się zebrać, jest dość obfity, a jak już zaznaczyliśmy, nie dość sprecyzowany wskutek swej różnolitości, streścimy z niego tylko ważniejsze szczegóły.

I. O stanowisku ustawy w naszym kraju co do tajemnicy zawodowej lekarzy możemy zdać sprawę w kilku słowach. Kodeks rosyjski, do którego się stosują nasi sędziowie, mieści tylko dwa ustępy, mniej więcej odnoszące się do omawianego tematu. Powiadamy „mniej więcej", bo te jedyne dwa ustępy traktują o naszej zawodowej tajemnicy w bardzo ciasnym zakresie.

§ 857, kodeksu karnego opiewa: „Lekarze nierządowi, którzy nie doniosą natychmiast do miejscowych lekarskich zwierzchności o każdem, znanem im, pojawieniu się choroby epidemicznej lub zakaźnej, otrzymają karę następującą: za pierwszym razem wytknięcie — za drugim razem grzywnę aż do 15 rubli — za trzecim razem oprócz powyższej grzywny także surowe upomnienie z wyjaśnieniem, że po następnem powtórzeniu tego wykroczenia będzie im wzbroniona praktyka. Jeśli nawet i potem lekarz zostanie obwiniony o to sa-

mo wykroczenie, będzie mu wzbronione praktykowanie n a z a w s z e".

§ 137, który nie odnosi się specjalnie do lekarzy, orzeka między innemi, że: „za ogłoszenie z zamiarem obrażenia czyjejś czci, wiadomości, które mu zostały zwierzone w tajemnicy..... obwiniony podlega karze aresztu aż do 15 dni albo grzywnie aż do 50 rubli".

Powyższe przepisy ustawy zmienił po części nowy kodeks karny z r. 1903, który jednak obecnie jeszcze nie obowiązuje. W tym kodeksie § 541, nie wymieniając poszczególnych zawodów, karze za ogłoszenie tajemnicy „bez słusznych powodów" i w takim razie, jeśli to ogłoszenie mogło wyrządzić szkodę materjalną lub moralną, aresztem aż do 6 miesięcy, albo grzywną aż do 500 rubli. Ustawodawca, nie określiwszy w tym paragrafie poszczególnych zawodów, dodaje w motywach, że oznaczenie zawodów zależy w zupełności od sądu:

§ 704. Nie wolno składać zeznań: 1) idiotom i szaleńcom, 2) kapłanom co do tajemnic, im zwierzonych, 3) adwokatom co do tajemnic, im powierzonych. — Do tego paragrafu dodano uwagę, że ustawodawca zamierzał zakazać składania zeznań także lekarzom i osobom powołania lekarskiego co do ich zawodowych tajemnic (punkt 4 § 640. projektu), lecz Rada państwa dała ostateczne wyjaśnienie o tym projekcie, że „uwolnienie lekarzy od zeznawania mogłoby często przeszkodzić ujawnieniu prawdy i ukryć współwinę lekarzy lub ich pomoc przy wykonaniu zbrodni". (str. 64).

A teraz streścimy powyższe paragrafy ze stanowiska praktyki sądowej.

Kodeks nasz nie staje w obronie tajemnicy zawodowej lekarzy, albowiem ustawa zmusza lekarzy do łamania tajemnicy i do donoszenia do władz o wszystkich przypadkach chorób epidemicznych lub zakaźnych a nawet o obrażeniach, które spowodowały lub mogły spowodować śmierć. Tylko akuszerkom proponuje instrukcja, aby zachowały tajemnicę w przypadkach, nie nadających się do wyjawienia. Na podstawie § 704. lekarz jest obowiązany składać zeznania przed sądem o okolicznościach i faktach, z ktorymi zwierzył się mu chory, albo które sam lekarz zauważył przy wykonaniu swych obowiązków.

Przepis ten dotyczy przypadków w procesach karnych i cywilnych.

Lekarz jest także obowiązany zeznawać o tajemnicach zawodowych przed władzą policyjną i administracyjną.

Zwracamy uwagę Czytelnika, że wspomniany wyżej § 137. wymierza karę za ogłoszenie powierzonej tajemnicy tylko wtedy, gdy istniał zamiar wyrządzenia obrazy, a zatem we wszystkich innych przypadkach, w których lekarz rozgłosił powierzoną mu tajemnicę z jakiegokolwiek powodu, a nawet w zamiarze wyrządzenia szkody materjalnej, jest on wolny od kary.

Paragraf 704, który wyżej przytoczyliśmy, wiedzie nas do bardzo zajmującego wniosku: podczas gdy lekarze bywają zmuszani przy każdej sposobności do wyjawienia tajemnic lekarskich, adwokaci i księża nie tylko są uwolnieni od tego obowiązku,

lecz także przez ustawę są zobowiązani ukrywać swe tajemnice przed sądem.

II. Przechodząc do pytania, jakie stanowisko zajmuje statuttyki lekarskiej w sprawie tajemnicy zawodowej, odpowiadamy, że taki statut urzędowo u nas nie istnieje. Spodziewamy się jednak, że niedawno zawiązane Stowarzyszenie lekarskie, mające na celu sprawy zawodowe i społeczne świata lekarskiego, między innemi zajmie się także tym tematem, bardzo ważnym dla nas, lekarzy.

Obecnie w tem zagadnieniu możemy się oprzeć jedynie na poszczególnych głosach różnych lekarzy, którzy wygłosili publiczne odczyty, albo pisali o tym przedmiocie. Z ożywionej dyskusji, która niedawno się odbyła po publicznem odczycie na ten temat, możemy odnieść przekonanie, że zapatrywania lekarzy naszych w tym punkcie są różne.

Największa część zgadza się, że jakkolwiek tajemnica zawodowa lekarzy jest naszym najwyższym obowiązkiem moralnym, jednak nie możemy spełniać tego obowiązku bez wyjątków i bez pewnych zastrzeżeń. Jeżeli temu obowiązkowi sprzeciwiają się inne, niesłychanie ważne obowiązki, dotyczące interesów wielu osób lub całego społeczeństwa, lekarz nie ma moralnego prawa milczeć.

Na przykład w przypadkach chorób zakaźnych, gdy niebezpieczeństwo zagraża innym osobom, lekarz bezwarunkowo powinien uwiadomić władzę.

Z powodu braku ściśle określonych przepisów państwowych i etycznych w naszym kraju napotykamy w praktyce na każdym kroku na poważne trudności, które musi lekarz rozwiązywać według głosu swego sumienia i w każdym przypadku ma on rozstrzygnąć, czy należy poświęcić obowiązek zawodowy obowiązkowi społecznemu, czy przeciwnie.

W przypadkach przytoczonych w ankiecie, powinien lekarz, według zdania większości tutejszych lekarzy, wyjawić tajemnicę przed sędzią i uratować ludzi niewinnych. Zdaje się, że nikt nie będzie przeciwny obowiązkowi lekarza, aby jaknajrychlej wyjawił tajemnicę, jeśli dowiedział się o zamachach przeciw ojczyznie, które mogłyby spowodować ważne następstwa.

III. Nasze zdanie osobiste w ogólnych zarysach jest podobne do przytoczonej opinji większości naszych kolegów. My również wyznajemy, że tajemnica lekarska jest naszym ideałem, do którego zmierzać powinniśmy wszelkiemi siłami, aby chory był zupełnie pewnym, że może spokojnie powierzyć nam naściślejsze swoje tajniki. Ale będzie to możliwem tylko wtedy gdy kultura i moralność tak wysoko się podniosą, że każdy sam uwiadomi rząd lub swe otoczenie o chorobie swej i uwolni tym sposobem lekarza od nieprzyjemnego obowiązku ogłaszania powierzonej mu tajemnicy.

Lecz w obecnych stosunkach społecznych tego niestety osiągnąć nie można. My przeto nie możemy i często nie mamy prawa ukrywać tajemnicy zawodowej i musimy zwalczać szkodliwe następstwa, pochodzące z braku kultury lub z lekkomyślności pacjentów. Oczywiście, nie możemy szczegółowo określić granic

tego obowiązku, gdyż zależą one od rozsądku i sumienia lekarza.

IV. Niestety, nasza opinia publiczna dotąd jeszcze nie zainteresowała się dostatecznie tajemnicą zawodową lekarzy a temat ten bardzo rzadko bywa omawiany publicznie i w dziennikach. Gdy porównamy opinję francuskiego społeczeństwa, które żąda energicznie, aby lekarz przestrzegał tajemnicy lekarskiej we wszystkich wypadkach, z opinią polskiego społeczeństwa, zauważymy wielką różnicę. U nas opinia publiczna nie protestuje, gdy sędzia zmusza lekarza do wyjawienia szczegółów choroby pacjenta — natomiast w przypadkach chorób zakaźnych wiele osób czyni lekarzowi za to wyrzuty, że doniósł o chorobie do władzy."

(№ 69) † *Zmarli*: Franciszek Wychowski, przeżywszy lat 47, w Płocku. — Leonard Orzechowski, przeżywszy lat 45, w Tarnobrzegu.—Władysław Zgórski-Kotwicz w Wiedniu.—Stanisław Wolfram w Mieni.—Leon Spielrein, przeżywszy lat 34, w Warszawie.— Juljan Olpiński przeżywszy lat 60, w Trębowli. — Mieczysław Korzeniowski, przeżywszy lat 47, w Warszawie. Zmarły objął kierownictwo oddziału chirurgicznego po Krajewskim; była to jednostka nieskazitelna jako człowiek i zdolny fachowiec.—Feliks Rymowicz, przeżywszy lat 83, w Petersburgu, gdzie odegrywał poważną rolę w kolonii polskiej.— Leopold Heim, przeżywszy lat 43, w Rudkach, w Galicji. — Franciszek Józef Bieniecki, przeżywszy lat 57, w Kaliszu.

(№ 70). Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z legatu ś. p. Dra Med. Romualda Pląskowskiego udzieloną będzie w roku bieżącym zapomoga pieniężna w kwocie Rb. 250 dla delegata na jeden lub więcej zjazdów psychiatrycznych, jakie w tymże roku odbyć się mogą, czy to w kraju, czy też zagranicą. Delegat, w myśl woli testatora, obowiązany będzie po powrocie w jaknajkrótszym terminie, złożyć Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu treściwe sprawozdanie naukowe, które następnie wydrukowane bedzie w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego. Prośby o powyższą zapomogę nadsyłane pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego — ulica Niecała № 7 do dnia 6-go Czerwca r. b. z oznaczeniem zjazdu na który kandydat pragnie wyjechać, z podaniem dokładnego swego adresu i wymienieniem zajęć lub prac swoich w dziedzinie psychjatrji.

Sekretarz stały Towarzystwa
Dr. Med. A. Sokołowski.

Komitet redakcyjny:
J. Brudziński, I. Dąbrowski, A. Goldman, J. Grabowski, Z. Garlicka, B. Handelsman, Ks. Jasiński, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, S. Skalski, E. Sonnenberg, H. Trenkner. A. Trenknerowa.

Wydawcy: Dr. J. Michalski i Dr. H. Trenkner. **Redaktor**: Dr. S. Sterling.

Druk. S. Dębskiego w Łodzi, Długa 6.